



¡Bienvenidos a Cooperative Counseling Services!

Nos sentimos honrados que usted nos ha escogido para cumplir con las metas suyas y de su hijo/a del tratamiento. Tomamos gran orgullo en proveer un entorno sano, apoyador, y respetuoso para usted y su hijo/a. Le estamos proveyendo unos cuantos formularios que un empleado/a repasara con usted. Nos gustaría que por favor ponga sus iniciales al lado de cada formulario indicando que lo ha recibido y que sus preguntas en referente a su contenido han sido contestadas. Por favor, siéntase libre a preguntar lo que sea necesario para aclarar cualquier duda que tenga. La copia de esta carta será mantenida en los documentos de su hijo/a.

	<i>Inicial</i>
• Solucitud De Informacion	_____
• Consentimiento De Tratamiento Y Reconocimiento De HIPAA	_____
• Cooperative Counseling Services Acuerdo De Tratamiento	_____
• Cooperative Counseling Services Acuerdo De Asistencia A Citas	_____
• Derechos Del Consumidor	_____
• Formulario de consentimiento de mensajería de texto	_____
• Cooperative Counseling Services Información Sobre La Ley HIPAA	_____
• Procedimiento De Queja	_____
• Pasos De Seguir En Una Crisis	_____
• Instrucciones Para Transporte Logisticare	_____

Nombre del Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Firma del Padre o Guardián*

____/____/____
Fecha

Firma de CCS Testigo/Terapeuta*

____/____/____
Fecha

**Mi firma arriba significa que todos los documentos con mis iniciales fueron recibidos y leídos hoy en día.*

Si su hijo/a no llega a recibir medicamentos después de un evaluación del Psiquiatra no tendrá que firmar un consentimiento para recibir medicina con nosotros.

Estamos dedicados a hacer que su tiempo en Cooperative Counseling Services sea productivo y positivo. Esperamos que usted se sienta cómodo y capaz de comunicar sus pensamientos y sentimientos libremente. Creemos fuertemente que usted es una parte integral del éxito del tratamiento de su hijo/a y estamos muy entusiasmados de empezar esta jornada con ustedes.

Por favor contáctenos si tiene algunas preguntas o comentarios.

Sinceramente,

Leslie K. Moorman, MSW, LCSW

Directora Ejecutiva



Fecha: ____/____/____

JÓVENES/JÓVENES ADULTOS DEMOGRÁFICOS INFORMACIÓN

Nombre Del Cliente: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____
NOMBRE APELLIDO

Sexo: _____ Origin Étnico: _____ EDAD: _____

Idioma Del Hogar: _____ Consideraciones Culturales: _____

Dirección: _____
CALLE NUMERO DE APARTAMENTO

CIUDAD PROVINCIA ESTADO ZIP CODE

☐ #Celular: (____)____-____ ☐ # Del Hogar: (____)____-____
FAVOR DE INDICAR SU NUMERO PRINCIPAL

Padre/Guardián: _____
NOMBRE APELLIDO

Relación Con El Cliente: _____

Dirección: _____
(Si Es Diferente) CALLE NUMERO DE APARTAMENTO

CIUDAD PROVINCIA ESTADO ZIP CODE

Otro Numero De Teléfono: (____)____-____ (____)____-____

Correo Electrónico: _____@_____.
Para Confirmar Sus Citas

INFORMACION DEL SEGURO: (Oficina: favor de adjuntar copia de tarjeta de seguro)

SEGURO DE PROVEEDOR: _____

NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA POLIZA: _____

DE POLIZA: _____ # DEL GRUPO: _____

PERIODO DE ELEGIBILIDAD ____/____/____ HASTA ____/____/____

NUMERO DE SEGURIDAD DEL TITULAR DEL LA POLIZA SEGURO: ____-____-____

NOTAS DEL SEGURO (SI HAY ALGUNA): _____

PARA SER LLENADO POR EL PADRE/GUARDIA ANTES DE EVALUACION



Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento del Cliente: ____/____/____

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE HIPAA

Estoy consiente que estoy entrando en terapia en Cooperative Counseling Services, LLC Outpatient Center para servicios de salud mental. Estos servicios incluyen un aseso inicial e intervenciones terapéuticas (individual, grupo y / o terapias de familia) proveídas por un terapeuta licenciado en salud mental. Los servicios pueden incluir una evaluación psiquiátrica y/o manejo de medicamentos.

Estoy consiente que mis documentos serán mantenidos confidenciales y en cumplimiento con los estándares de HIPAA. Mi firma abajo indica mi entendimiento que he recibido la póliza HIPAA de Cooperative Counseling Services y que estoy voluntariamente comprometiéndome en servicios con Cooperative Counseling Services, LLC.

Estos servicios son voluntarios y el consentimiento al tratamiento puede ser retirado en cualquier momento. Un consentimiento será firmado después de un año. Si el consentimiento a tratamiento es retirado y Cooperative Counseling Services, LLC siente que esto expone al niño a algún peligro reservamos el privilegio de llamar al Departamento de Servicios para Jóvenes y Familias.

Estoy consciente que mis documentos no serán compartidos con nadie ni con ninguna agencia sin mi permiso, con la excepción de un pedido por el Departamento de Niños y Familias en conexión con investigaciones en referente a abuso o negligencia, de acuerdo con la política de HIPAA; equipos de Documentación Clínica y Auditorias departe del Departamento de Salud y Servicios a Mayores de Edad de Nueva Jersey, el Centro de Servicios de Medicaid y Medicare, y el Departamento de Niños y Familias del estado de Nueva Jersey.

Estoy consciente que mis documentos serán divulgados solo tras haber finalizado la Autorización de Divulgación de Información y firmada por un representante legal.

Estoy consciente que tengo acceso a mis documentos y que puedo suplementar o modificar mis documentos cuando escoja. Estoy consciente que puedo discutir preocupaciones en referente a mi privacidad con el Oficial de Privacidad de Cooperative Counseling Services.

Firma del Cliente (Mayor de 14 años de edad)

____/____/____
Fecha

Firma del Padre o Guardián

____/____/____
Fecha

Firma del CCS Testigo/Terapeuta

____/____/____
Fecha



Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento del Cliente: ____/____/____

COOPERATIVE COUNSELING SERVICES ACUERDO DE TRATAMIENTO

Al firmar mi nombre a la siguiente, entiendo que estoy cometiendo a mí mismo como un participante en Cooperative Counseling Behavioral Health Services. Acepto las siguientes reglas, que me ayudaran a obtener el máximo provecho de esta experiencia:

1. Entiendo que mis sesiones (individuales o en grupo) serán el mismo día y hora cada semana y que yo asistiré a todas las sesiones en la fecha prevista.
2. Entiendo que aunque la decisión de tomar medicamentos psiquiátricos es voluntaria, es necesario tener citas con el psiquiatra.
3. Entiendo que si llego tarde a una cita médica con el psiquiatra no es garantizado que me podrán atender y es posible que tenga que tomar otra cita.
4. Si voy a perder una sesión (individual, familiar, en grupo o visita médica), me pondré en contacto con Cooperative Counseling Services 24 horas antes de mi sesión prevista.
5. Si mi caso se cierra en cualquier momento durante mi tratamiento, entiendo que puedo reiniciar el proceso de tratamiento por ponerme en contacto con el/la Coordinador(a) de Admisión.
6. Yo mantendré la confidencialidad de cualquier persona con que yo estoy en contacto durante mi tratamiento con Cooperative Counseling Services. Yo no compartiré los nombres de personas que yo veo en Cooperative Counseling Services ni hablare sobre el contenido de lo que se dice en el grupo con nadie. También entiendo que mi confidencialidad será protegida de la misma forma. Si yo tengo preocupaciones sobre otro cliente, yo hablara con mi consejero(a) de Cooperative Counseling Services.
7. Entiendo que este acuerdo entrara efectivo durante mi tratamiento con Cooperative Counseling Services incluso si mi frecuencia de las sesiones o participación de grupo cambiara.

Firma del cliente (si tiene más de 14 años de edad)

____/____/____
Fecha

Firma del padre/madre/tutor(a)

____/____/____
Fecha

Testigo/Terapeuta de CCS

____/____/____
Fecha



Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

COOPERATIVE COUNSELING SERVICES ACUERDO DE ASISTENCIA A CITAS

Al firmar la presente, comprendo que me comprometo a ser un participante de los servicios de siquiatria de Cooperative Counseling.

Acepto las siguientes pautas, que me ayudarán a sacar el mejor provecho de esta experiencia.

1. Si tengo más de una (1) "no presentación" o dos (2) sesiones canceladas individuales, familiares o grupales, entiendo que mi caso estará en peligro de ser dado de alta.
2. Entiendo que estoy en riesgo de alta si debo "no presentarme" o cancelar una cita de administración de medicamentos y no entrar en contacto con CCS dentro de una (1) semana de mi cita perdida para reprogramar.
3. Si repetidamente "no-show" o cancelar y luego reprogramar las citas de administración de medicamentos, entiendo que mi caso será revisado por el Psiquiatra / APRN y el Director del Programa / Director de Servicios Clínicos para la determinación de servicios continuados.
4. Si tengo una emergencia y no puedo asistir a la cita de administración de medicamentos, me pondré en contacto con Consejería Cooperativa tan pronto como sea posible para cancelar y reprogramar mi cita dentro de una (1) semana de mi cita perdida.
5. Si tengo una emergencia y no puedo asistir a una sesión individual, familiar o grupal, me pondré en contacto con Consejería Cooperativa y asistiré a mi sesión de la semana siguiente a la semana siguiente, a menos que mi consejero indique lo contrario.
6. Entiendo que las citas de manejo de medicamentos psiquiátricos disponibles son limitadas y haré todo lo posible para asistir a mis citas según lo programado para asegurar un cuidado psiquiátrico consistente. Entiendo que si me recetan medicamentos, necesito una estrecha vigilancia médica. Reconozco que la falta de citas con la administración de medicamentos implica que no estoy siguiendo las recomendaciones de tratamiento.

Firma del cliente (si es mayor de 14 años de edad)

____/____/____
Fecha

Firma del padre/madre/tutor

____/____/____
Fecha

Testigo/Terapeuta de CCS

____/____/____
Fecha



Nombre del cliente: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

DERECHOS DEL CONSUMIDOR

Como cliente de Cooperative Counseling Services, LLC usted y su hijo/a tienen el derecho de entender y participar activamente en las evaluaciones y tratamientos. Lo siguiente son leyes del estado de Nueva Jersey que han sido implementadas para proteger sus derechos. Serán repasados con usted y si tiene por favor hágalas al momento que estemos repasando la información. Si aún tiene preguntas por favor contacte a un supervisor lo más pronto posible al 908-731-7099. Si usted siente que sus derechos han sido violados puede seguir el procedimiento de quejas. Es nuestra meta proveer un entorno sano y respetuoso y trabajar en conjunto con nuestros jóvenes y sus familias.

- Usted tiene el derecho de rechazar la medicación y estar libre de medicación innecesaria o excesiva.
- Usted tiene el derecho a no ser sujetado a tratamientos o procedimientos no estándar, procedimientos experimentales ... o programas demostrativos, sin permiso informado y escrito, después de una consulta con sus abogados u otra agencia de su interés.
- Usted tiene el derecho a un tratamiento en el entorno menos restringido, libre de ataduras físicas y aislamiento.
- Usted tiene el derecho de estar libre de castigo corporal.
- Usted tiene el derecho a privacidad y dignidad.
- Usted tiene el derecho a las condiciones menos restringidas posibles para cumplir las metas del tratamiento.
- Sus derechos no pueden ser negados.



Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Formulario de consentimiento de mensajería de texto

Nombre del joven / joven adulto: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/guardián (por favor imprima): _____

Relación con el niño: _____

Dirección: _____

Número Celular: _____

Compañía de teléfono móvil (i.e.: Verizon, Sprint, T-Mobile) [Nota: esto nos permite enviar mensajes de texto a través de nuestro correo electrónico a su teléfono móvil]: _____

Cooperative Counseling Services (CCS) desea ofrecerle la oportunidad de comunicarse a través de mensajes de texto. La intención principal de los mensajes de texto será para recordatorios de citas. Todos los mensajes de texto de CCS a las familias se enviarán desde una cuenta de correo electrónico de la compañía y no desde un teléfono celular. La transmisión de información familiar por mensajes de texto tiene varios riesgos que deben considerarse antes de tomar una decisión final con respecto a su uso.

Riesgos implicados al usar mensajes de texto.

Estos incluyen, pero no están limitados a:

- a. Los mensajes de texto pueden ser circulados, remitido o guardados en archivos electrónicos.
- b. Los remitentes pueden fácilmente mal enviar un mensaje de texto.
- c. Los mensajes de texto son más fáciles de falsificar que los documentos escritos a mano o firmados.
- d. Pueden existir otras copias incluso después de que el remitente y/o el destinatario hayan eliminado sus copias.
- e. Los mensajes de texto pueden ser interceptados, alterados, reenviados o utilizados sin detección.
- f. Los mensajes de texto pueden ser usados como evidencia en la corte.
- g. Los mensajes de texto pueden ser inmediatamente transmitidos por todo el mundo y recibidos por muchos recipientes involuntarios
- h. Los mensajes de texto se pueden perder en la transmisión.

Condiciones para el uso de mensajes de texto:

Utilizaremos medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información de mensajes de texto enviada y recibida. Sin embargo, debido a los riesgos descritos anteriormente, no podemos garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación de mensajes de texto y no seremos responsables de la divulgación inadecuada que sea causada por nuestra transgresión involuntaria. El consentimiento para el uso de mensajes de texto incluye el acuerdo con las siguientes condiciones:



- a. Todos los mensajes de texto, a o desde un padre o un adulto joven, pueden ser imprimidos y convertirse en parte del archivo de la misma manera que las notas de terapia se convierten en parte del archivo.
- b. Puede haber otros individuos, como el personal administrativo, que tienen acceso a estos materiales.
- c. No distribuiremos ni enviaremos mensajes de texto a terceros.
- d. Aunque nuestro personal se esfuerza para leer y responder puntualmente a un mensaje de texto, no podemos garantizar que su mensaje de texto será leído y respondió a dentro de un período de tiempo particular. Si los mensajes de texto de la familia requieren o invitan una respuesta de nosotros y la familia no ha recibido una respuesta dentro de un período de tiempo razonable, la familia tiene la responsabilidad de seguimiento para determinar si el recipiente recibió el mensaje de texto y cuando se podría esperar una respuesta
- e. Los mensajes de texto no se usarán para comunicaciones con respecto a información confidencial, incluyendo información de identificación, problemas de salud, diagnósticos de salud mental y / o abuso de sustancias.
- f. La familia es responsable de proteger su contraseña u otros medios de acceso. No somos responsables por la violación de confidencialidad causadas por una familia u otro tercero.
- g. Los mensajes de texto de CCS no deberían ser solamente invocada como un medio de confirmar las citas como la responsabilidad de asistir o cancelar citas todavía recae en usted, pero esperamos que esto facilite la comunicación
- h. Si no se adhiere a las condiciones aquí establecidas, CCS se reserva el derecho de terminar las comunicaciones de texto.

Instrucciones para comunicarse a través de mensajes de texto a partir de _____ (Fecha).

- a. Infórmenos lo antes posible de cualquier cambio necesario en los mensajes de texto, tales como el número de teléfono celular actualizado. Requeriremos un formulario de consentimiento firmado recientemente para reflejar esta información actualizada.
- b. Por favor, envíenos un mensaje de respuesta para reconocer su recibo de cualquier mensaje de texto
- c. La retirada del consentimiento para utilizar mensajes de texto solo se aceptará mediante comunicación escrita.
- d. Los cambios de citas no serán aceptados vía el envío de mensajes. Por favor llame a nuestra recepción (908 731-7100) o su Medico asignado o el Ayudante Psiquiátrico

Reconocimiento y acuerdo familiar

- a. Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento con el único propósito de recordatorios de citas y otras comunicaciones no relacionadas con el tratamiento.
- b. Entiendo que los reportes relacionados con el bienestar y el tratamiento de mi hijo o hija no deben realizarse a través de mensajes de texto.
- c. Reconozco y entiendo que CCS no ofrece respuestas de crisis las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- d. Entiendo que no debo usar mensajes de texto para asuntos emergentes o crisis.
- e. Entiendo que los mensajes de texto no serán monitoreados continuamente y, por lo tanto, no se responderán fuera del horario comercial normal.



- f. Entiendo que puedo incurrir en cargos por datos móviles de acuerdo con mi plan personal de telefonía celular. Entiendo que esto no es reembolsable por las compañías de seguros o Cooperative Counseling Services.
- g. Asimismo, renuncio a todos y cada uno de los reclamos que puedan surgir contra los empleados, contratistas e internos de Cooperative Counseling Services resultantes del uso no intencionado o el uso indebido de los mensajes de texto.
- h. Entiendo los riesgos descritos anteriormente y doy mi consentimiento a las condiciones descritas anteriormente.

_____ Sí, leí lo anterior y doy mi consentimiento para inscribirme en el acuerdo de Mensajes de texto con Cooperative Counseling Services.

_____ No, no estoy interesado en la correspondencia de mensajes de texto con CCS.

Firma del padre / tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del testigo CCS: _____ Fecha: _____



Cooperative Counseling Services' Política de HIPAA y aviso de prácticas de privacidad

**** Tenga en cuenta: sus beneficios o elegibilidad no se verán afectados por este aviso. ****

Este aviso se aplica a los individuos, o tutores legales o padres de niños menores que reciben servicios de Cooperative Counseling Services.

La información de salud protegida excluye la información de salud identificable individualmente en los registros educativos cubiertos por la ley de privacidad y derechos educativos de la familia, en su forma enmendada, 20 U.S.C. 1232g.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

Entender lo que está en su expediente y cómo se utiliza su información de salud le ayuda a: asegurar su exactitud, entender mejor quién, qué, Cuándo, dónde y por qué otros pueden tener acceso a su información de salud y tomar decisiones más informadas al autorizar la divulgación a Otros.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES: Cooperative Counseling Services está obligado por ley a:

- Mantener la privacidad de su información de salud
- Proporcionarle un aviso en cuanto a nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted.

Además, Cooperative Counseling Services se requiere:

- Atenerse a los términos de este aviso
- Acomodar las peticiones razonables que usted puede tener para comunicar la información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y de hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de privacidad cambian, le proporcionaremos un aviso revisado.

REGLA GENERAL DE PRIVACIDAD.

No usaremos ni divulgaremos su información médica sin su autorización por escrito, excepto como se describe en este aviso.

Revocando su autorización: Si usted nos proporciona una autorización por escrito para divulgar su información de salud, usted puede anular dicha autorización en cualquier momento. Una revocación debe ser por escrito. Una revocación por escrito no revocará su autorización previa si ya hemos divulgado información conforme a su autorización previa o si su cobertura de seguro requiere su autorización por escrito.

Autorización separada para las notas de psicoterapia: No publicaremos ninguna nota de psicoterapia sobre usted sin una autorización por escrito de usted. Usted puede revocar su autorización específica por escrito en cualquier momento. Una revocación debe ser por escrito. Una revocación por escrito no revocará su autorización previa si ya hemos divulgado información conforme a su autorización previa o si su cobertura de seguro requiere su autorización por escrito.

CÓMO PODEMOS USAR O REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

1. **Salud pública.** Según lo requerido por la ley, podemos revelar su información de salud a las autoridades de salud pública o legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidad.
2. **Aplicación De La Ley.** Podemos revelar información de salud para propósitos de cumplimiento de la ley como lo requiere la ley o en respuesta a una citación válida.
3. **Abuso, Negligencia O Violencia Doméstica.** Podemos revelar su información médica en la medida que lo estipula la ley a una autoridad, Agencia de servicio social o agencia de servicios protectores si creemos razonablemente que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Le notificaremos de esta divulgación inmediatamente a menos que lo ponga en riesgo de un daño serio.
4. **Procedimientos Judiciales Y Administrativos.** Podemos revelar su información de salud en respuesta a una orden de un tribunal o tribunal administrativo o en respuesta a una citación válida si recibimos garantías satisfactorias de la parte que busca la información que la parte ha hecho un intento de notificarle o Asegure una orden de protección para su información.
5. **Actividades De Supervisión De La Salud.** Podemos revelar su información de salud a una agencia de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones civiles administrativas o criminales, inspecciones, licencias o acciones disciplinarias, u otra actividad
6. **Seguridad nacional y actividades de inteligencia.** Podemos revelar su información de salud a funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional.

CÓMO PODEMOS USAR O REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA CON SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

7. **Tratamiento.** Nosotros podemos usar su información de salud para su tratamiento. Por ejemplo, la información obtenida por una enfermera, médico u otro miembro de su equipo de atención médica se registrará en su expediente y se puede utilizar para determinar su diagnóstico o el curso del tratamiento que debería funcionar mejor para usted. Un médico u otro profesional del cuidado de la salud puede compartir su información con otros profesionales de la salud que sean parte de Cooperative Counseling Services, o que están fuera de Cooperative Counseling Services, LLC para determinar cómo diagnosticarlo o tratarlo.
8. **Pago.** Nosotros podemos usar su información de salud para el pago. Por ejemplo, se le puede enviar un proyecto de ley a usted o a un pagador de terceras partes. La información o acompañamiento de la factura puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados.



9. **Operaciones de atención médica.** Podemos usar su información de salud para operaciones regulares de salud. Por ejemplo, los miembros del personal médico, el administrador de riesgos o de mejoramiento de la calidad, o los miembros del equipo de mejoramiento de la calidad pueden usar la información en su historial de salud para evaluar la atención y los resultados en su caso y otros similares.
10. **Socios de negocios.** Hay algunos servicios ofrecidos en nuestra organización a través de contratos con socios de negocios. Los ejemplos incluyen a nuestros contadores, consultores y abogados. Cuando estos servicios son contratados, podemos revelar su información de salud a nuestros asociados de negocios para que puedan realizar el trabajo que les hemos pedido que hagan. Sin embargo, para proteger su información médica, requerimos que los asociados de negocios protejan apropiadamente su información.
11. **Directorio de la instalación.** Si usted no objeta, podemos incluir su nombre, ubicación dentro de nuestras instalaciones, y condición general en nuestro directorio de instalaciones mientras usted está en la instalación. Esta información sólo se divulgaría a las personas que piden por su nombre. Además, a menos que usted objeta, podemos incluir su afiliación religiosa para revelar solamente a los miembros del clero y divulgaremos esa información incluso si el miembro del clero no le pide por su nombre.
12. **Familia y amigos involucrados en su cuidado.** Si usted no objeta, podemos compartir su información de salud con un miembro de la familia, un familiar o amigo cercano que esté involucrado en su cuidado o pago relacionado con su cuidado. También podemos notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su atención sobre su ubicación y condición general o sobre el acontecimiento desafortunado de su muerte. En algunos casos, es posible que necesitemos compartir su información con una organización de socorro de desastres que nos ayudará a notificar a esas personas. Research. We may disclose information to researchers when their research has been approved by an institutional review board that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy of your health information.
13. **Investigación.** Podemos revelar información a los investigadores cuando su investigación ha sido aprobada por una Junta de revisión institucional que ha revisado la propuesta de investigación y protocolos establecidos para asegurar la privacidad de su información de salud.
14. **Contactos.** Podemos comunicarnos con usted para que le proporcione recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
15. **Administración de alimentos y medicamentos (FDA).** Podemos revelar a la FDA información médica relativa a eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, defectos de producto y producto o información de vigilancia post marketing para permitir la llamada, reparación o reemplazo de productos.
16. **Indemnización a los trabajadores.** Podemos revelar información de salud en la medida en que esté autorizado por y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relativas a la compensación de trabajadores u otros programas similares establecidos por la ley.
17. **Institución correccional.** Si usted es un recluso de una institución correccional, nosotros podemos revelar a la institución o a los agentes de la misma información médica necesaria para su salud y la salud y la seguridad de otras personas.

SUS DERECHOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Aunque su historial de salud es la propiedad física de Cooperative Counseling Services, la información en su registro de salud le pertenece. Usted tiene los siguientes derechos:

- Usted puede solicitar que no usemos o divulguemos su información de salud por una razón particular relacionada con el tratamiento, pago, servicios de consejería cooperativa operaciones generales de atención médica, y/o a un miembro particular de la familia, otro familiar o personal cercano Amigo. Pedimos que dichas solicitudes se hagan por escrito al oficial de privacidad. Aunque consideremos su solicitud, por favor tenga en cuenta que no estamos obligados a aceptarlo o a acatarlo.
- Usted tiene el derecho de recibir comunicaciones confidenciales de su información médica. Si no está satisfecho con la manera en que o la ubicación en la que está recibiendo comunicaciones de nosotros que están relacionadas con su información de salud, usted puede solicitar que le proporcionemos dicha información por medios alternativos o en lugares alternativos. Dicha solicitud debe ser hecha por escrito y presentada al oficial de privacidad. Acomodaremos todas las peticiones razonables.
- Usted puede solicitar inspeccionar y/o obtener copias de información de salud sobre usted, que se le proporcionará en un plazo de 30 días. Tales peticiones deben ser hechas por escrito al oficial de privacidad. Si usted solicita recibir una copia, se le puede cobrar un honorario razonable.
- Si usted cree que cualquier información de salud en su registro es incorrecta o si usted cree que falta información importante, usted puede solicitar que corrijamos la información existente o añadamos la información que falta. Usted debe proporcionar una razón para apoyar su solicitud. Tales peticiones deben ser hechas por escrito al oficial de privacidad.
- Usted puede solicitar que le proporcionemos una contabilidad escrita de todas las divulgaciones hechas por nosotros de su información de salud por un período de hasta seis años de tiempo; sin embargo, las divulgaciones hechas antes del 14 de abril de 2003, no tienen que ser contabilizadas por la ley. Pedimos que dichas solicitudes se hagan por escrito al oficial de privacidad. Tenga en cuenta que una contabilidad no incluirá los siguientes tipos de divulgación: las divulgaciones hechas para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención de salud; divulgaciones hechas a usted o a su representante legal, o a cualquier otra persona involucrada con su cuidado; revelaciones autorizadas por usted o su representante legal; revelaciones a instituciones correccionales o a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley o a fines de seguridad nacional; revelaciones hechas desde el directorio; y divulgaciones que son incidentales a los usos y divulgaciones permisibles de su información de la salud (por ejemplo, cuando la información es escuchada por otro paciente que pasa cerca). No hay ningún cargo por la primera solicitud de una contabilidad realizada en un período de doce meses, pero puede haber un cargo razonable por solicitudes adicionales en el mismo período de doce meses.
- Usted tiene el derecho de obtener una copia en papel de nuestro aviso de prácticas de privacidad a petición.
- Usted puede revocar cualquier autorización para usar o divulgar información de salud, excepto en la medida en que la acción ya haya sido tomada. Dicha solicitud debe hacerse por escrito al oficial de privacidad.



PARA MÁS INFORMACIÓN O PARA REPORTAR UN PROBLEMA

Si tiene preguntas y desea información adicional, puede ponerse en contacto con el oficial de privacidad correspondiente que aparece en las hojas anexas.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja con nosotros. Estas quejas deben presentarse por escrito a Cooperative Counseling Services' Oficial de privacidad. El formulario de reclamación puede obtenerse de Cooperative Counseling Services, Oficial de privacidad y cuando sea completado debe ser devuelto a Cooperative Counseling Services, 1139 Spruce Drive, 2nd floor, Mountainside, NJ 07092. También puede presentar una queja con el State of New Jersey, Departamento de Servicios Humanos, PO Box 700, Trenton, NJ 08625. Esto debe hacerse dentro de los 180 días de cuando ocurrió el problema.

Si usted hace una queja a Cooperative Counseling Services Oficial de privacidad o al Departamento de Servicios Humanos, no habrá represalias contra usted y sus beneficios no serán afectados.



Procedimiento de Queja

Una queja es una expresión escrita o verbal de insatisfacción sobre los servicios, acciones o falta de acciones o tipo de tratamiento por Cooperativa Counseling Services, LLC o su personal que afectan a un individuo. Si desea presentar una queja con respecto a un incidente que ocurrió mientras recibe servicios a cooperativas Counseling Services, oficinas, por favor, siga este procedimiento. Nuestro objetivo es proporcionar un ambiente seguro y respetuoso trabajo en cooperación con todos los jóvenes y sus familias.

Pasos para el procedimiento:

Nota: Hay un camino interno y externo que se puede seguir para presentar una queja formal. En cualquier momento, puede seleccionar la ruta de acceso interno o externo.

Procedimiento interno:

- Comience su queja al completar un formulario de queja y presentarlo directamente a su trabajador asignado. Su médico responderá a su queja dentro de los 5 días. La respuesta, ya sea por escrito o verbal, dependiendo de su selección en el formulario de queja.
- Si usted no está satisfecho con la respuesta del médico, por favor póngase en contacto con la oficina al (908) 731-7099 e informar a la recepcionista que usted tiene una queja presentada que no ha sido abordado de manera satisfactoria. Durante la llamada, se le preguntará si usted quiere tener una discusión verbal con el coordinador del programa, o si una respuesta por escrito será suficiente. Si se solicita una discusión verbal, la recepcionista programará un horario conveniente para reunirse.
- Si se solicita una respuesta por escrito, la recepcionista registrará su petición. El Coordinador del Programa revisará su queja y le responderemos por escrito dentro de los 5 días.
- Si su queja no se resuelve a su satisfacción, puede comunicarse con cualquiera de las agencias externas de abajo.

Procedimiento externo:

- Si su queja no se resuelve a su satisfacción, puede comunicarse con cualquiera de las agencias externas de abajo.

<u>Middlesex County Mental Health Administrator</u> Penny Grande, Administrator Office of Human Services JFK Square - 5th Floor New Brunswick, NJ 08901 Phone: (732) 745-4313	<u>NJ Division of Mental Health & Addiction Services</u> DMHAS Advocacy Capital Center P.O. Box 700 Trenton, NJ 08625 (800) 382-6717	<u>Community Mental Health Law Project</u> Central Jersey Division: 225 East State Street, Suite 5 Trenton, NJ 08608 (609) 392-5553 Trenton@chlp.org
<u>Division of Child Protection and Permanency</u> 20 West State Street, 4 th floor P.O. Box 729 Trenton, NJ 08625 (877) 652-2873	<u>Division of Mental Health Advocacy</u> 25 Market Street Trenton, NJ 08625-0854 (877) 285-2844	<u>The Office of the Ombudsman</u> P.O. Box 852 Trenton, NJ 08625-0852 (877) 582-6995
<u>Middlesex County Division of Social Services New Brunswick Office</u> 181 How Lane New Brunswick, NJ 08903 Phone: 732-745-3500	<u>New Jersey Adult Protective Services Family and Children Services</u> 191 Bath Avenue Long Branch, NJ 07740 Phone: 732-745-3635	



PASOS DE SEGUIR EN UNA CRISIS

Si hay un problema o una "crisis" en su casa y tiene que llamar a alguien para pedir ayuda u orientación, siga estos pasos:

1. Identificar la situación y determinar si hay una amenaza inminente (una amenaza clara de peligro o daño a usted o a alguno de los presentes).
2. Si hay una amenaza inminente, llame al 911 y explicar la situación.
3. Si no hay una amenaza inminente y necesita asistencia de salud mental, llame a la CSA al 1-877-652-7624 para solicitar Children's Mobile Response. *
4. Si la crisis de salud del comportamiento se intensifica, vaya a la sala de emergencias local para asistencia:
 - **(732) 235-5700 for Rutgers UBHC Acute Psychiatric Services in Piscataway**
 - **(732) 442-3794 for Raritan Bay Medical Center in Perth Amboy for psychiatric emergencies**
5. Después de la crisis se ha difundido, contactar directamente con el consejero de Cooperative Counseling Services o el Coordinador de Admisión por lo que se informa del evento.

Cooperative Counseling Services: (908) 731-7100
Coordinador de Admisión: (908) 731-7099 ext. 313

** Si usted está afiliado con CMO, por favor llame al número de crisis proporcionada por su administrador de casos. Si usted no tiene este número de teléfono, llame a la CSA al número de arriba y les informar de que usted reciba los servicios con CMO.*

Descargo de responsabilidad: Cooperative Counseling Services, LLC no es un programa de crisis ni tiene un equipo de crisis disponibles por teléfono.



Instrucciones para Transporte LogistiCare

1. Para asegurar una cita con Logisticare, usted tiene que marcar el número **1-866-527-9933** antes de mediodía (12:00pm), 2 dos días hábiles antes de su cita con Cooperative Counseling Services.

Por ejemplo: Si usted tiene una cita con Cooperative Counseling para el Viernes, lo más tarde que podría llamar a Logisticare para hacer una cita con transportación sería mediodía (12:00pm) Miércoles.

2. Logisticare se requiere que la siguiente información para planificar su transporte:
 - a. Su nombre y el nombre de su hijo/hija
 - b. Fecha de nacimiento de su hijo/hija y el número de su Medicaid (Medicaid ID)
 - c. Su número de teléfono y su dirección
 - d. La fecha de su cita con Cooperative Counseling y la hora cuando empieza y termina: (**Por ejemplo:** Viernes – 4pm hasta las 5pm)
 - e. El número de Cooperative Counseling: **(908) 731-7100 ext. 2000**
 - f. La dirección de Cooperative Counseling: **147 Union Avenue, Middlesex, NJ 08846**
3. Usted también puede planificar su transporte online con <https://member.logisticare.com>

LogistiCare le permite planificar transportación para los próximos 30 días. Entonces, si usted tiene una cita con Cooperative cada lunes, usted puede llamar una vez para hacer, a lo máximo, 4 citas. Después de la cuarta cita, Logisticare pide que le llame 2 días hábiles y antes de mediodía para planificar su próxima cita.

Números Importantes

Línea de Reservaciones

1-866-527-9933

'Where's my Ride?' ('¿Dónde está mi viaje?')

Si su transporte viene tarde o no vino, marca este número:

1-866-527-9934

Línea de Quejas

1-866-333-1735

Logisticare requiere que pasajeros menos de 18 años de edad están acompañados con un adulto. No hay excepciones.