

Forma de Registro del Cliente

Como se enteró de los servicios ofrecidos por Howard Brown Health?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> TPAN | <input type="checkbox"/> Thresholds | <input type="checkbox"/> Familia/Amigo |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet | <input type="checkbox"/> Medios sociales (Facebook, Instagram, Twitter) | |
| <input type="checkbox"/> Anuncio en internet | <input type="checkbox"/> Anuncios en Periódicos y Revistas | |
| <input type="checkbox"/> Anuncio en la CTA | <input type="checkbox"/> Otro doctor o hospital | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

Nos gustaría mantenerlos informados de los programas, eventos, seminarios, grupos de apoyo y otras noticias de Howard Brown. Si usted no desea recibir estos tipos de comunicaciones, por favor marque la casilla de la derecha.

INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Favor de presentar su identificación y tarjeta de seguro médico con esta forma)					
<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.		Nombre Oficial: Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Materno Sufijo: (Jr., Sr, II, III, etc.)			
<input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Ninguno					
Nombre Preferido / Apodo	Fecha de Nacimiento Mes Día Año ____ / ____ / ____	Es usted el paciente responsable por los costos de la factura y la seguridad? ____ Si no, favor de indicar quien es la persona responsable _____			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> En Pareja <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Otro					
Dirección – Calle		Apto. / Suite / Unidad	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono Móvil/Celular ()	Teléfono de casa ()	Correo Electrónico @	Yo prefiero facturas por sistema electrónico <input type="checkbox"/>		
La mejor forma de contactarme / Dejar mensajes (seleccione todas la que apliquen): <input type="checkbox"/> Teléfono / Correo de voz <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal					
Género que aparece en su seguro médico / licencia de manejar <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			Número de Seguro Social / / /		
Ocupación	Lugar de empleo	Número telefónico de su empleo ()			
Contacto de Emergencia	Teléfono ()	Relación al cliente			
SEGURO MEDICO (FAVOR DE PROVEER SU TARJETA DE SEGURO MEDICO A LA (EL) RECEPCIONISTA)					
Nombre oficial de la persona encargada de las facturas		<input type="checkbox"/> Igual al de arriba	Relación al cliente si es que el cliente no es responsable de la factura		
Fecha de Nacimiento (solo si es diferente al de la persona responsable)			Número de Seguro Social		
Dirección – Calle (solo si es diferente)			Ciudad	Estado	Código Postal
Correo Electrónico	Teléfono de Casa ()	Teléfono Celular ()	Teléfono del Trabajo ()		
Nombre de la compañía de seguro primario	Nombre del miembro	Número de identificación	Numero del Grupo		
Nombre de la compañía de seguro secundario	Nombre del miembro	Número de identificación	Numero del Grupo		

Forma de Registro del Cliente

Ingreso Económico: (Favor de proporcionar la información de su ingreso económico a un representante si es que está aplicando para una cuota basado en su ingreso económico o por medio de los fondos RYAN WHITE GRANT FUNDS)

Ingreso económico anual:\$ _____

Ingreso anual de la familia:\$ _____

Numero de adultos en el hogar (incluyéndose a ti): _____

Número de menores en el hogar (menores de 18 años): _____

Howard Brown recibe fondos financieros para proveer beneficios financieros a los clientes. Al proveer prueba de su ingreso económico Howard Brown podrá determinar si es que usted es elegible para estos beneficios. Prueba de ingreso económico incluye lo siguiente, sin embargo, es necesario que esto incluya sus últimos dos o tres talones de cheque, su forma W-2 del año pasado, las formas de los impuestos federales del año pasado, o cualquier otro documento que haya sido aprobado por un asesor financiero de Howard Brown.

Al firmar esta forma usted entiende que; basado a mi ingreso económico yo podría ser elegible para obtener una cuota basada en mi ingreso económico o podría cualificar para fondos de los beneficios de Ryan White. Sin embargo, yo tengo la obligación de proveer prueba de mis ingresos económicos para poder recibir estos beneficios. **Yo entiendo que podrían cobrarme el precio total** por mi cita si es que no proveo la documentación de mi ingreso económico durante mi tercera cita o durante 60 días a partir de mi primera visita, no importa cuál de estas dos ocurra primero. Yo entiendo que no se negaran servicios en el centro HBH por no haber proveído documentación de mi ingreso económico.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Yo autorizo al Centro de Salud Howard Brown a someter los cargos a mi seguridad médica y de proveer cualquier información médica sobre mí, la cual podría ser necesaria para procesar estos cargos. Yo por igual, autorizo al Centro de Salud Howard Brown a obtener pagos de cualquier beneficio médico por todos los servicios que ellos me han brindaron hasta que ellos me informen de lo contrario sobre esta cuenta. Yo estoy de acuerdo que yo soy financieramente responsable por cualquier copago que yo tenga y por cualquier balance que haya sido asignado al momento de mis servicios, y cualquier balance que se deba después de que todos los cargos ya hayan sido pagados por la agencia de mi segumédico.

Firma del cliente(a) _____ Fecha _____/_____/_____

Solo para uso oficial:

- Todos los documentos han sido firmados
- Identificaciones y tarjeta de seguro médico pruebas de ingreso económico han sido escaneadas
- Toda información del seguro médico ha sido completada
- Nombre que el cliente prefiere se ha marcado

Iniciales: _____

Nombre en la tarjeta/Seguro: Primero	Segundo	Apellido	¿Paciente nuevo? Sí No
--------------------------------------	---------	----------	---------------------------

Nombre de pila seleccionado:	Fecha de nacimiento: mes día año / /
------------------------------	---

Ha asistido a actos de difusión	Sí No	Recibe prestaciones públicas (SNAP, tarjeta médica, etc.)	Sí No
---------------------------------	-------	---	-------

Pronombres:	<input type="checkbox"/> él/su	<input type="checkbox"/> ella/su	<input type="checkbox"/> ellos/su	<input type="checkbox"/> sólo mi nombre	<input type="checkbox"/> sin preferencia	<input type="checkbox"/> pronombre no enumerado _____
-------------	--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	---	--	---

Necesitamos la información siguiente con fines de ayudar a nuestro personal a utilizar el lenguaje más respetuoso posible cuando se dirigen a usted, comprender mejor a nuestra población, y cumplir con los requisitos de informe de nuestra subvención. Las opciones para algunas de estas preguntas fueron proporcionadas por nuestros fundadores; comprendemos que las categorías demográficas actuales no capturan adecuadamente nuestras identidades individuales. Por favor ayúdenos a atenderlo mejor seleccionando las mejores respuestas a estas preguntas. Gracias.

Idioma preferido hablado/escrito: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> polaco <input type="checkbox"/> lenguaje de señas norteamericano <input type="checkbox"/> _____ ¿Necesita servicios de interpretación de idioma? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, idioma _____	Raza: *Seleccione hasta dos* <input type="checkbox"/> indio norteamericano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> negro y/o afroamericano <input type="checkbox"/> blanco/caucásico asiático <input type="checkbox"/> indio asiático <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> japonés nativo de Hawái/de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> nativo de Hawái <input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Estatus de vivienda: <input type="checkbox"/> vivienda permanente <input type="checkbox"/> vivienda no permanente <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> sin casa <input type="checkbox"/> la calle <input type="checkbox"/> albergue para indigentes <input type="checkbox"/> transicional <input type="checkbox"/> Compartiénd una habitacion (sin pagar alquiler) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No deseo contestar <input type="checkbox"/> No deseo contestar
Sexual Orientation: <input type="checkbox"/> lesbiana <input type="checkbox"/> heterosexual <input type="checkbox"/> gay <input type="checkbox"/> otra cosa <input type="checkbox"/> bisexual <input type="checkbox"/> cuestionando <input type="checkbox"/> homosexual <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Etnia: hispano/latino <input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> otro hispano/latino <input type="checkbox"/> no hispano/latino <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Nivel de educación terminado: <input type="checkbox"/> 1-8 años <input type="checkbox"/> diploma de secundaria <input type="checkbox"/> diploma de GED <input type="checkbox"/> título universitario de asociado <input type="checkbox"/> escuela de oficios <input type="checkbox"/> título universitario de Bachiller <input type="checkbox"/> título de maestría <input type="checkbox"/> doctorado
Identidad de género: <input type="checkbox"/> masculino/hombre <input type="checkbox"/> femenino/mujer <input type="checkbox"/> masculino trans /hombre trans <input type="checkbox"/> femenino trans / mujer trans <input type="checkbox"/> género variante/ género no conforme <input type="checkbox"/> otra cosa <input type="checkbox"/> No deseo contestar	Veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trabajador agrícola: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> intersexo <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> No deseo contestar		

Ingresos

Ingreso anual familiar previsto para este año:	Número total de personas que viven en su hogar incluyéndose a usted:
--	--

Verifico que la información es correcta según mi mejor saber y entender. X _____ ____/____/____ Firma del/de la paciente Fecha	Howard Brown lleva a cabo investigación para ayudar a las comunidades que atendemos. Si NO quiere participar, ponga una marca en la cajita a continuación. <input type="checkbox"/> No se ponga en contacto conmigo sobre la investigación
--	---



Recibo de Registro de Documentos

Nombre Legal del(a) Cliente(a): _____

Nombre que prefiere el Cliente(a): _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

HIPAA Afirmación de Prácticas de Privacidad

Informe de privacidad: El informe de prácticas de privacidad del Centro de Salud Howard Brown (HBH) fue proporcionado a usted durante su registro. Al iniciar lo siguiente, usted está de acuerdo de haber recibido este Informe de Prácticas de Privacidad.

Poner sus iniciales aquí _____

Afirmación a los Derechos y Responsabilidades del Cliente

Derechos y responsabilidades: Una copia de los Derechos y Responsabilidades del Cliente de HBH fue proporcionada a usted durante su registro. Usted ha leído los Derechos y Responsabilidades del cliente y se le ha brindado una respuesta a cualquiera de sus preguntas. Al iniciar lo siguiente, usted está de acuerdo de que ha recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del cliente y que las entiende.

Poner sus iniciales aquí _____ _

Afirmación del Proceso de Quejas

Póliza de Quejas: La forma que explica el Proceso de Quejas de HBH se le proporciono a usted durante su registró. Al iniciar lo siguiente, usted está de acuerdo de que ha recibido una copia del Proceso de Quejas de HBH.

Poner sus iniciales aquí _____ _

Afirmación del Consentimiento para Recibir Tratamiento

Consentimiento para Recibir Tratamiento: La forma de Consentimiento para recibir tratamiento en HBH fue proporcionada a usted durante su registró. Usted ha leído la forma de Consentimiento para Recibir Tratamiento y se le ha brindado una respuesta a cualquiera de sus preguntas. Al iniciar lo siguiente, usted está de acuerdo de que ha recibido una copia de la forma de Consentimiento para Recibir Tratamiento y que la entiende.

Poner sus iniciales aquí _____

Firma del cliente _____

Fecha _____

Firma de su tutor legal _____
(Si es que es diferente al cliente registrado)

Fecha _____

Firma del empleado que ha sido testigo _____

Fecha _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Por medio de la presente autorizo y solicito que: *Howard Brown Health Medical Records Department
4025 N. Sheridan Road Chicago, IL 60613
773-388-8936 fax / 773-388-8667 teléfono*

proporcione información A _____ reciba información DE _____ intercambie información con _____:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

Con el fin de: _____

Fecha o rango de fechas de la información solicitada: _____

Solicito la divulgación de la siguiente información (MARQUE CON SUS INICIALES TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

- | | | |
|--|--------------------------|--|
| _____ REGISTRO MÉDICO COMPLETO | _____ Rayos X | _____ Pruebas/informes de laboratorio |
| _____ Resumen de alta hospitalaria | _____ Radiología | _____ Notas/informes de gestión del caso |
| _____ Historia clínica y exámenes físicos | _____ ECG/EEG | _____ Otro (especificar): _____ |
| _____ Informes del médico o de interconsulta | _____ Notas de evolución | _____ |

La divulgación de información sobre ciertas afecciones o tratamientos requiere mi autorización específica. SIN ESTA AUTORIZACIÓN, ESTA INFORMACIÓN NO SERÁ DIVULGADA. Autorizo la divulgación de información relacionada con los siguientes (MARQUE CON SUS INICIALES TODOS LOS QUE CORRESPONDAN):

_____ Salud mental/conductual	_____ Enfermedades de transmisión sexual
_____ Discapacidad del desarrollo	_____ VIH/SIDA
_____ Abuso de alcohol/sustancias	_____ Pruebas de ADN/trastornos genéticos
_____ Violencia doméstica/agresión sexual	_____ CUALQUIERA Y TODAS LAS AFECCIONES Y TRATAMIENTOS ENUMERADOS ANTERIORMENTE

La presente autorización es válida hasta (SELECCIONE UNA FECHA QUE NO SEA MAYOR A 12 MESES A PARTIR DE SU FIRMA): _____

Si solicita la entrega por correo electrónico, debe inicializar y completar lo siguiente: _____ (inicial) Por la presente autorizo que toda la información solicitada anteriormente se pueda enviar por correo electrónico seguro y encriptado a la siguiente dirección de correo electrónico _____

ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN ES VOLUNTARIA Y QUE PODRÍA REVOCARLA EN CUALQUIER MOMENTO ENVIANDO UNA CARTA A LA DIRECCIÓN ANTES MENCIONADA. TODA REVOCACIÓN NO APLICA PARA LOS REGISTROS QUE YA FUERON DIVULGADOS DE BUENA FE DE CONFORMIDAD CON LA DIVULGACIÓN ANTERIOR. ENTIENDO QUE CUANDO LA INFORMACIÓN SEA UTILIZADA O DIVULGADA DE ACUERDO CON LA PRESENTE AUTORIZACIÓN, PODRÍA SER NUEVAMENTE DIVULGADA POR EL DESTINATARIO Y DEJARÍA DE SER INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA. ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO DE INSPECCIONAR Y COPIAR LA INFORMACIÓN DIVULGADA DE ACUERDO CON ESTA AUTORIZACIÓN. ENTIENDO QUE UN PROVEEDOR MÉDICO A QUIEN SE LE HA DADO ESTA AUTORIZACIÓN NO PUEDE CONDICIONAR EL TRATAMIENTO QUE SE ME BRINDE AL HECHO DE QUE YO FIRME O NO LA AUTORIZACIÓN, PERO SE ME HA EXPLICADO QUE SI ME NIEGO A DAR MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE DIVULGUE ESTA INFORMACIÓN, ES POSIBLE QUE OCURRAN LAS CONSECUENCIAS QUE SE DETALLAN A CONTINUACIÓN, SEGÚN SEA EL CASO: MIS PROVEEDORES PODRÍAN NO PONERSE DE ACUERDO SOBRE MI ATENCIÓN MÉDICA, NO PODER APLICAR A ESTE PROGRAMA Y/O QUE NO SE DIVULGUEN LOS REGISTROS SOLICITADOS. TODA COPIA TOMADA A ESTA AUTORIZACIÓN SERÁ CONSIDERADA VÁLIDA COMO EL ORIGINAL.

Firma de la persona que autoriza la divulgación _____ Fecha _____ Firma del testigo (se recomienda, pero no es obligatorio) _____ Fecha _____

NOTA: La presente autorización debe llenarse completamente para que sea válida. Si la firma de autorización proviene de una persona distinta a la persona que recibirá la atención médica, indique las razones de la autorización y consentimiento: _____

****Su solicitud de expediented podía tener algún costo, si es requerido o permitidopor***



Declaración de las Responsabilidades del Cliente

Usted tiene la responsabilidad de:

- Ser un miembro activo con su equipo de proveedores de salud y de seguir el plan que su proveedor y usted han acordado.
- Hacer preguntas y dejarnos saber si no entiende algunas de las opciones o decisiones que se han tomado.
- Ayudar a su proveedor de salud a entender sus preocupaciones y la forma en la cual sus circunstancias personales pueden afectar su tratamiento.
- Dejarle saber a su proveedor de salud de todos los servicios que usted recibe de otras agencias fuera o de otros individuos.
- Notificar al Centro de Salud, Howard Brown Health (HBH), inmediatamente, si es que la información de contacto o información personal, al igual si el estado de su seguridad médica o circunstancias financieras han cambiado.
- De atender su cita asegurándose de que no esté bajo la influencia de alcohol o drogas ilegales. Si usted está bajo la influencia de alcohol u otras sustancias ilegales, no será atendido y se le pedirá que haga una nueva cita.
- De cumplir con su cita y de llegar de 10 a 15 minutos antes de su cita programada.
 - Favor de avisar por lo menos 24 horas con anticipación si es que usted necesite cancelar su cita.
- Contestar todas las preguntas y de llenar toda la documentación completa y honestamente, incluyendo (cuando esta se requiere) información sobre el estado de su seguro médico, condiciones de salud y tratamientos de los cuales usted a recibido en otros lugares.
- Para que el Centro de Salud HBH trate a todo mundo con respeto, cualquier tipo de agresión física o acoso sexual, de un(a) cliente(a) o de algún(a) trabajador(a), insultos o conductas abusivas, no van a ser toleradas. Este tipo de conductas podrán ser causas de terminación inmediata de los servicios que ofrece Howard Brown.
- No divulgar o compartir ningún tipo de información sobre otra gente que recibet ratamientos en Howard Brown.
- Pagar sus facturas o de hacer arreglos financieros con HBH para que usted pueda cumplir con sus obligaciones financieras de una manerapuntual.
- Expresar sus complementos e inquietudes, y de proporcionarnos con sus sugerencias para así ayudarnos a proveerle el mejor tratamiento posible.



Declaración de los Derechos del(a) Cliente(a)

Usted tiene los siguientes derechos:

- Derecho a recibir servicios de tratamiento, los cuales no deben de ser negados a base de mi estatus económico, discapacidades, nacionalidad, grupo étnico, raza, religión, genero, apariencia de mi género o identidad de género, orientación sexual o mi status de VIH (de acuerdo a la ley para Personas con Discapacidades, ADA).
- Derecho a ser tratado(a) como un(a) miembro(a) importante del equipo de servicios médicos y de salud y de que mis decisiones y necesidades sean valoradas.
- Derecho a recibir servicios de tratamiento en un ambiente cómodo y seguro, libre de cualquier acoso físico, verbal, de no ser acosado sexualmente, de no recibir ofensas o cualquier tipo de maltratos.
- Derecho a que toda información sobre mí, incluyendo mi estatus de VIH, sean tratados en una manera confidencial y de acuerdo con las leyes Federales y Estatales.
- Derecho a recibir toda información relacionada con mi diagnóstico, condición médica, y servicios de tratamiento médico en el idioma que yo másentiendo.
- Derecho a recibir una copia de mis registros médicos.
- Derecho a recibir información sobre los servicios, oportunidades para participar en estudios de investigación, y programas disponibles que ofrece el Centro de Salud “HowardBrownHealth” (HBH).
- Derecho a recibir servicios de otras agencias/organizaciones con la asistencia o sin la asistencia de un miembro del equipo del Centro de Salud;HBH.
- Derecho a reusar servicios de tratamiento o terminar mi participación en cualquier o todos los servicios que ofrece HBH, asimismo, tengo el derecho de que las consecuencias de esta decisión sean explicadas sin recibir un castigo o penalidad.
- Derecho a recibir información de cómo llenar una queja o inquietud y de informarme de que estas serán tratadas de una manera seria.
- Derecho a informarme de que no seré penalizado(a) por haber presentado una queja o inquietud.
- Derecho a solicitar servicios de un intérprete y de informarme que HBH me proporcionará uno.
- Derecho a solicitar una cita con un consejero financiero cuando mi situación financiera o mi seguridad médica han cambiado, y por lo tanto, mis pagos deberán ser reevaluados.
- Derecho a contactar la agencia que tramita cuentas de HBH para aclarar cualquier error en mi factura.
- Derecho a informarme que HBH es una institución de enseñanza, y por lo cual, es posible que residentes médicos, estudiantes de enfermería, estudiantes de medicina, estudiantes de psicología y trabajo social, y otros proveedores de salud que están completando su entrenamiento y que están siendo supervisados estén envueltos en mi tratamiento.



Descripción de los Servicios y Proceso de Quejas

El Centro de Salud, Howard Health (HBH) promueve la salud y la satisfacción de las personas gays, lésbicas, bisexuales, y transgénero y mejora sus vidas por medio de programas de salud y bienestar. HBH ofrece servicios primarios de atención médica, consejería, y servicios comunitarios. HBH también ofrece una variedad de oportunidades de estudios de investigación en las cuales los clientes son invitados a participar. Nuestros servicios están diseñados para servir a la comunidad gay, lésbica, bisexual, y transexual, al igual que las personas afectadas con el VIH / SIDA y a sus aliados en un ambiente confidencial y de apoyo.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

ATENCIÓN MÉDICA: Cualquier persona es elegible en recibir tratamientos médicos basados en su presupuesto económico sin importar su habilidad en pagar. Estos servicios incluyen: Una completa atención médica, pruebas del VIH / enfermedades de transmisión sexual (ETS), y consejería.

CONSEJERÍA: Cualquier persona es elegible en recibir tratamientos de consejería basados en su presupuesto económico sin importar su habilidad en pagar. Estos servicios incluyen: consejería individual, de parejas, de familia, consejería en grupo, consejería de abuso de sustancias, grupos de apoyo, grupos de terapia, grupos para dejar de fumar, talleres y referencias para servicios comunitarios.

COORDINACIÓN DE CASOS: Cualquier persona que vive con el VIH es elegible en recibir servicios de manejo de caso para servicios sociales basados en su presupuesto económico. Estos servicios incluyen: evaluaciones para determinar servicios necesarios, crear un plan de servicios, manejo y coordinación de servicios médicos, apoyo que cumpla con su tratamiento, ayuda para obtener beneficios y programas de ayuda disponible, referencias para servicios comunitarios, ayuda de emergencia financiera (basado en sus necesidades), transporte, asistencia legal, y Servicios del Departamento de Rehabilitación (DRS) de coordinación de servicios en el hogar.

SERVICIOS JUVENILES: Cualquier persona entre la edad de 12 a 24 años es elegible en recibir servicios basados a su presupuesto económico sin importar su habilidad en pagar. Esos servicios incluyen: servicios profesionales y vocacionales, servicios sin cita del mismo día, pruebas y consejería para el VIH y enfermedades de transmisión sexual, servicios médicos, abogacía con los recursos comunitarios, consejería, tutoría, y programas de grupo.

INVESTIGACIÓN: La elegibilidad para participar en las oportunidades de estudios de investigación depende de las necesidades específicas de cada estudio de investigación. Participación en los estudios de investigación podría incluir lo siguiente: Intervenciones de conducta, encuestas, estudios clínicos enfocados en problemas de salud tal es como el VIH/SIDA y enfermedad es de transmisión sexual, pruebas de cáncer, y estudios para dejar de fumar.

Effective 12/18/2013

Updated 6/10/2014*

PROCESO DE QUEJAS

Nosotros agradecemos los comentarios de todos nuestros clientes y le pedimos que nos ofrezca la oportunidad de responder cualquier inquietud que usted tenga. Si usted siente que lo(a) hemos tratado mal o que sus derechos han sido violados, o si la calidad de nuestros servicios fue mala, por favor considere tomar uno de los siguientes pasos:

- Si usted se siente cómodo(a) hablando con un miembro de nuestro equipo o si se siente no satisfecho(a) después de discutir su caso con un miembro de nuestro equipo, usted podría hablar con él o la supervisora de este miembro de equipo. El supervisor o supervisora de esta persona tratará de resolver su queja y le avisará de las disponibles alternativas o de las acciones que se pueden tomar para resolver sus preocupaciones. Si el supervisor o supervisora de este o de esta empleada no está disponible el supervisor o la supervisora tratará de contactarlo(a) lo más pronto posible no más tardar de dos días de oficina.
- Si usted no está satisfecho(a) con la respuesta del supervisor o de la supervisora y de la solución que sugirieron, usted puede hablar con él o la directora del programa para que le den una respuesta o le propongan una resolución al problema.
- Por último, si usted no se siente cómodo(a) hablando directamente con el director o la directora del departamento, o si usted aún se siente no satisfecho(a) después de hablar con ellos, usted puede hablar con un oficial del departamento de quejas de HBH. Le puede dejar un mensaje a esta persona al teléfono 773-572-8361. El oficial del departamento de quejas lo(a) contactará entre siete días después de recibir su mensaje.
- Si en cualquier momento usted no se siente cómodo(a) hablando directamente con nadie, usted debería de llenar la planilla de quejas del cliente o paciente la cual incluye una descripción por escrito de lo siguiente: (1) las circunstancias que ocurrieron en su situación. (2) las acciones que tomaron hasta este momento los miembros del equipo de HBH y (3) la acción que usted requiere para que se resuelva su queja.

Las planillas de queja de los clientes o pacientes están disponibles en el escritorio de la recepción enfrente y también están disponibles en nuestra página de internet. Después de llenar esta planilla la puede dejar en el escritorio de la recepción de enfrente o la puede mandar por correo al oficial del departamento de quejas a la dirección 4025 North Sheridan, Chicago, Illinois 60613.

Los clientes o pacientes que reciben fondos del programa Ryan White podrán contactar al Centro de Resolución de Conflictos (The Center for Conflict Resolution, CCR) llamando gratis al teléfono 1-866-CARE-212. CCR le ofrece consolución y servicios de árbitro con una persona neutral la cual está dispuesta a ayudar al cliente o paciente y la centro HBH a discutir y resolver estas quejas con la esperanza de encontrar una resolución al problema. Los clientes o pacientes pueden llamar al CCR en cualquier momento durante el transcurso del proceso de su queja y no necesariamente tienen que completar todo el proceso de queja antes de usted pueda llamar al CCR.

Los clientes o pacientes del programa de manejo de casos de servicios comunitarios los cuales reciben fondos de la fundación del SIDA de la ciudad de Chicago (AIDS Foundation of Chicago, AFC) y que no están satisfechos con la resolución de su queja contra HBH podrán llamar a Michael Grego de la Fundación del SIDA de la ciudad de Chicago al teléfono (312) 784-9089.

Effective 12/18/2013

Updated 6/10/2014*



Consentimiento para tratamiento

Estoy de acuerdo en recibir tratamientos y procedimientos de rutina que mi médico y/o profesional de salud mental consideren que pueden ayudar a mejorar mi salud. Un tratamiento o procedimiento "de rutina" es aquel que se ofrece de forma regular en un centro ambulatorio como Howard Brown Health (HBH). Entiendo que mi médico y/o profesional de salud mental trabajará conmigo para diagnosticar y tratar mis problemas de salud. Por lo tanto, estoy de acuerdo en recibir medicamentos y/o tratamiento que mi médico y/o profesional de salud mental considere que ayudarán a diagnosticar y/o tratar los problemas que tengo, o a mejorar mi salud y bienestar.

Los tratamientos y los procedimientos médicos de rutina en HBH pueden incluir:

- Hacer preguntas sobre mis antecedentes médicos y mi salud
- Un examen físico
- Medición de mi presión arterial, temperatura, estatura y peso
- Prescripción y/o administración de los medicamentos
- Extracción de sangre para exámenes
- Detección de enfermedades infecciosas como el VIH, el VHC, la sífilis, la clamidia o la gonorrea
- Otros procedimientos simples y habituales

Los tratamientos y los procedimientos de terapia de rutina pueden incluir:

- Hacer preguntas sobre mis antecedentes de salud mental y cómo me siento
- Discutir mis preocupaciones y problemas
- Creación de un plan de terapia en conjunto

Si mi médico recomienda algún tratamiento, procedimiento o medicamento "que no sea de rutina", hablaremos de ello por separado. Es posible que reciba un formulario de consentimiento especial para la atención que no sea de rutina, el cual me será explicado y analizado por mi médico o profesional de salud mental.

Entiendo que:

- HBH no puede prometer que obtendré buenos resultados del tratamiento, los procedimientos, los servicios y los medicamentos que reciba.
- Mi médico y/o profesional de salud mental me explicará los beneficios y los posibles riesgos del tratamiento, los procedimientos, los servicios y los medicamentos de rutina que pueda recibir y también me informará acerca de otras opciones.

- Tendré la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas que yo pueda comprender acerca de cualquier inquietud que tenga.
- Podré elegir los tratamientos, los procedimientos, los servicios y los medicamentos que se me sugieran. Puedo optar por tomar algunos y rechazar ciertos tratamientos, procedimientos, servicios y medicamentos que se me sugieren.
- Puedo cambiar de opinión sobre los servicios que deseo en cualquier momento, pero HBH no puede revertir la atención que ya haya recibido.
- Si me niego a dar mi consentimiento para todo tratamiento, no puedo recibir tratamiento en HBH. En su lugar, HBH me remitirá a otros prestadores o agencias de atención médica.

Entiendo que mis médicos en HBH trabajan en conjunto para ofrecer atención médica integrada y para brindarme la mejor experiencia en atención médica. Para hacer eso, es posible que mi información se comparta con otro personal necesario de HBH que participe en mi atención, como mi enfermera, mi médico y mi profesional de salud mental.

Entiendo que la información que yo doy a HBH es confidencial y no puede compartirse con nadie fuera de HBH sin mi autorización por escrito, excepto en la medida en que lo exija la ley. Entiendo que si soy elegible y participo en una prueba de detección de VIH o VHC bajo un programa de subsidios para pruebas del IDPH, mi información médica será reportada al Departamento de Salud Pública de Illinois a través del programa informático "Provide Enterprise". Entiendo que HBH está obligado a reportar información al Registro de Vacunas del Estado de Illinois. Entiendo que es posible que HBH tenga que compartir alguna información sobre mí con organizaciones externas sin mi autorización cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- Si HBH descubre o sospecha de abuso infantil, abuso de ancianos o abuso de alguien que está discapacitado, tiene la obligación de reportar información para proteger a la persona que puede ser víctima de abuso.
- Si HBH cree que corro un alto riesgo de hacerme daño o de matarme o de matar a alguien más, HBH tiene que ayudar a mantenernos a mí y a la otra persona a salvo.

Para obtener más información sobre la forma en que mi información puede, no puede o debe ser compartida, puedo revisar las "Políticas de Privacidad de HBH" y los "Derechos y Responsabilidades del Paciente de HBH".