Howard Brown Health

Fecha de hoy

Forma de Registro del Cliente

_____ /_____/ _____

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

☐ **TPAN** ☐ **Thresholds** ☐ **Familia/Amigo**

☐ **Busqueda en Internet**
☐ **Anuncio en internet**
☐ **Anuncio en la CTA**
☐ **Otro** _____

☐ **Medios sociales (Facebook, Instagram, Twitter)**
☐ **Anuncios en Periódicos y Revistas**
☐ **Otro doctor o hospital**

☐ Marque la casilla de la izquierda para mantenerse al día con los programas, eventos, talleres, grupos de apoyo y otras novedades de Howard Brown por correo electrónico.

☐ Marque la casilla de la izquierda para dar su permiso para recibir esta información por mensaje de texto.

Al marcar estas casillas, indica que comprende que Howard Brown Health no puede garantizar la privacidad o seguridad de su(s) aparato(s) o su red.

INFORMACIÓNDELCLIENTE (Favor de presentar su identificación y tarjeta de seguro médico con esta forma)

☐**Sr.** ☐**Sra.**☐**Srta.** ☐**Dr.** ☐**Ninguno** | **Nombre Oficial: Primer Nombre** | **Segundo Nombre** | **Apellido Materno** | **Sufijo: (Jr., Sr, II, III,etc.)**

Nombre Preferido / Apodo	**Fecha de Nacimiento** Mes Día Año ____/____/____	**Es usted el paciente responsable por los costos de la factura y la seguranza?** ____ **Si no, favor de indicar quien es la persona responsable**_____

Estado Civil: ☐**Soltero(a)** ☐**En Pareja** ☐**Casado(a)** ☐**Divorciado(a)** ☐**Separado(a)** ☐**Viudo(a)** ☐**Otro**

Dirección – Calle	**Apto. / Suite / Unidad**	**Ciudad**	**Estado**	**Código Postal**

Teléfono Móvil/Celular ( ) **Teléfono de casa** ( ) **Correo Electrónico** @ **Yo prefiero facturas por sistema electrónico**☐

La mejor forma de contactarme / Dejar mensajes (seleccione todas la que apliquen)**:**☐**Teléfono / Correo devoz** ☐**Correo electrónico** ☐**Correo postal**

Género que aparece en su seguro médico / licencia de manejar ☐**Hombre** ☐**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	☐ **Igual al dearriba**	**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**

Howard Brown Health

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 seguranza 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 medico 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 seguromédico.

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:_____

Howard Brown Health

Formulario demográfico

Fecha de hoy
_____/ _____/ 20_____

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: ☐ él/su ☐ ella/su ☐ ellos/su ☐ sólo mi nombre ☐ sin preferencia ☐ 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:

☐ inglés ☐ español ☐ polaco
☐ lenguaje de señas norteamericano
☐ _____

¿Necesita servicios de interpretación de idioma?

☐ No
☐ Sí, idioma _____

Sexual Orientation:

☐ lesbiana ☐ heterosexual
☐ gay ☐ otra cosa
☐ bisexual ☐ cuestionando
☐ homosexual ☐ No deseo contestar

Identidad de género:

☐ masculino/hombre
☐ femenino/mujer
☐ masculino trans /hombre trans
☐ femenino trans / mujer trans
☐ género variante/ género no conforme
☐ otra cosa
☐ No deseo contestar

Sexo asignado al nacer:

☐ masculino ☐ intersexo
☐ femenino ☐ No deseo contestar

Raza: *Seleccione hasta dos*

☐ indio norteamericano/nativo de Alaska
☐ negro y/o afroamericano
☐ blanco/caucásico

asiático

☐ indio asiático ☐ coreano
☐ chino ☐ vietnamita
☐ filipino ☐ otro
☐ japonés

nativo de Hawái/de las islas del Pacífico

☐ nativo de Hawái
☐ guameño o chamorro
☐ samoano
☐ otras islas del Pacífico

☐ No deseo contestar

Etnia:

hispano/latino

☐ mexicano
☐ puertorriqueño
☐ Cubano
☐ otro hispano/latino

☐ no hispano/latino
☐ No deseo contestar

Estatus de vivienda:

☐ vivienda permanente
☐ vivienda no permanente
☐ Institución
☐ sin casa
  ☐ la calle
  ☐ albergue para indigentes
  ☐ transicional
  ☐ Compartiendó una habitacion (sin pagar alquiler)
  ☐ Otro
  ☐ No deseo contestar
☐ No deseo contestar

Nivel de educación terminado:

☐ 1-8 años
☐ diploma de secundaria
☐ diploma de GED
☐ título universitario de asociado
☐ escuela de oficios
☐ título universitario de Bachiller
☐ título de maestría
☐ doctorado

Veterano: ☐ Sí ☐ No

Trabajador agrícola: ☐ Sí ☐ No

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.
☐ **No** se ponga en contacto conmigo sobre la investigación

Howard Brown Health

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 _____ Fecha_____
(Si es que es diferente al cliente registrado)

Firma del empleado que ha sido testigo _____ Fecha_____

Howard Brown Health

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Nombre:_____ Fecha de nacimiento:_____ NSS:_____
Dirección:_____ Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal: _____
Teléfono:_____ Correo electrónico (opcional):_____

Por la presente autorizo y solicito que: Howard Brown Health, Departamento de Historias Clínicas
6500 N Clark St., Chicago, IL 60626
872-268-5900 (fax)/773-388-8667 (teléfono)

- **Me revele información**___
- **Revele información A**___ **reciba información DE**___ **intercambie información con**:____
  _____
  _____
  Ciudad:_____Estado:_____Código postal:_____
  Teléfono:_____Fax:_____

Condiciones o límites para la divulgación (opcional):_____
Solicito la divulgación de la siguiente información (COLOQUE SUS INICIALES EN TODAS LAS QUE CORRESPONDAN):*

_____LLENAR LA HISTORIA CLÍNICA ____Radiografías ____Informes/pruebas de laboratorio
_____Resumen de alta ____Radiología ____Notas/informes de Administración de Casos
_____Antecedentes médicos y exámenes físicos ____ECG/EEG ____Resultados de prueba de COVID-19/cartas del empleador
_____Informes médicos/de consulta ____Notas de avance ____Otra:_____

La divulgación de información sobre ciertas condiciones/tratamientos requiere mi autorización específica. SIN ESTA AUTORIZACIÓN, ESTA INFORMACIÓN NO SE DIVULGARÁ. Autorizo la divulgación de la información relacionada con lo siguiente (COLOQUE SUS INICIALES EN TODAS LAS QUE CORRESPONDAN):

_____Salud mental/del comportamiento _____Enfermedades de transmisión sexual
_____Discapacidad del desarrollo _____VIH/SIDA
_____Abuso de alcohol/sustancias _____Pruebas de ADN/enfermedades genéticas
_____Violencia doméstica/agresión sexual _____CUALQUIERA Y TODAS LAS CONDICIONES/TRATAMIENTOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE

Propósito de la divulgación:_____Fecha/rango de la información solicitada (si corresponde):_____

PARA BRINDAR INFORMACIÓN POR MENSAJE DE TEXTO, CORREO DE VOZ/MÁQUINA CONTESTADORA O CORREO ELECTRÓNICO (únicamente al paciente):

Entiendo que el mensaje de texto, correo de voz o correo electrónico puede no ser seguro, y que Howard Brown Health no puede garantizar la privacidad o seguridad de mi número de teléfono, dirección de correo electrónico o dispositivo(s) relacionado(s). Entiendo este riesgo, doy mi consentimiento y autorizo brindar la información anterior que se me solicitó de la siguiente manera (marque todas las que correspondan):

_____por mensaje de texto al número de teléfono que se indica anteriormente
_____dejando un correo de voz o mensaje de voz al número de teléfono que se indica anteriormente
_____enviando un correo electrónico a la dirección de correo electrónico que se indica anteriormente

Esta autorización es válida por un año o hasta el (seleccione una fecha que no pase de los 12 meses a partir de la fecha en que firma):_____

ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN ES VOLUNTARIA Y QUE PUEDO REVOCARLA EN CUALQUIER MOMENTO ESCRIBIENDO A LA DIRECCIÓN MENCIONADA ANTERIORMENTE. CUALQUIER REVOCACIÓN NO SE APLICA A LOS REGISTROS YA PUBLICADOS EN BUENA FE DE CONFORMIDAD CON LA AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN MENCIONADA ANTERIORMENTE. ENTIENDO QUE CUANDO LA INFORMACIÓN SE USE O DIVULGUE DE ACUERDO CON ESTA AUTORIZACIÓN, ESTA PUEDE VOLVER A SER DIVULGADA POR PARTE DEL DESTINATARIO Y PUEDE QUE YA NO SEA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA. ENTIENDO QUE TENGO DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR LA INFORMACIÓN QUE SE DIVULGA DE CONFORMIDAD CON ESTA AUTORIZACIÓN. ENTIENDO QUE EL PROVEEDOR MÉDICO A QUIEN SE BRINDA ESTA AUTORIZACIÓN NO PUEDE CONDICIONAR EL TRATAMIENTO A BRINDARME A SI FIRMO O NO LA AUTORIZACIÓN, PERO SE ME HA EXPLICADO QUE SI ME NIEGO A AUTORIZAR LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN, LAS CONSECUENCIAS PODRÍAN SER LAS SIGUIENTES: MIS PROVEEDORES NO PODRÍAN COORDINAR MI ATENCIÓN; NO PODRÍA SOLICITAR ESTE PROGRAMA O LOS REGISTROS SOLICITADOS NO PODRÍAN SER PUBLICADOS. CUALQUIER COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN SE CONSIDERARÁ TAN VÁLIDA COMO LA ORIGINAL.

_____ _____ _____ _____
Firma de la persona que autoriza la divulgación Fecha Firma del testigo (opcional) Fecha

NOTA: Esta autorización se debe llenar y firmar para que sea válida. Si la firma de autorización es de una persona que no es la persona que recibe atención, indique el criterio de la autorización y econsentimiento:_____

***Las solicitudes de registros pueden tener un costo, si y según lo permita la ley.** Rev. 20/08/2021

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 suproveedor 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 decontacto o información personal, al igual si el estado de su seguranza 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 Centrode 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 cómol lenar 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 seguranza 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 substancias, 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 tratara de resolver su queja y le avisara 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 tratara 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 propagan 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) contactara 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 consolación 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".