



## Bienvenido a Seasons Center for Behavioral Health

Fecha: \_\_\_\_\_

Estimado: \_\_\_\_\_

Felicitaciones por dar el primer paso hacia una mejor salud mental. Le agradecemos que haya elegido Seasons Center como su proveedor de salud mental.

Se adjunta la documentación de registro que deberá completar y firmar donde se indica. **Utilice tinta azul oscuro o tinta negra al completar.**

**Por favor regresela a Seasons Center lo antes posible. Incluya una copia (anverso y reverso) de su(s) tarjeta(s) de seguro.**

**Por favor regresela usando uno de los siguientes metodos:**

**Correo:** Seasons Center, 201 E 11th St., Spencer, IA 51301 Attn: Client Registration

**Correo Electrónico:** [clientregistration@seasonscenter.org](mailto:clientregistration@seasonscenter.org)

**Fax:** 712-264-9358

**Si desea ayuda para completar su documentación, llámenos al 1-800-242-5101 ext. 1105 y podemos ayudarlo por teléfono o podemos programar una cita con usted en una de nuestras otras ubicaciones.**

**Las tarifas completas a partir del 1 de marzo de 2020 son las siguientes:**

	<b>Tarifa*</b>
Evaluación Psiquiátrica.....	\$320
Gestión de Medicamentos.....	\$85-\$260
Evaluación de Terapia.....	\$230
Evaluación del trastorno por consumo de sustancias.....	\$175
Evaluación de trastorno por uso de sustancias DOT (siglas en ingles).....	\$125
Sesión de Terapia o trastorno por uso de sustancias.....	\$100-\$225
Grupo de Abuso de Sustancias (2 horas).....	\$75
Programa Ambulatorio Intensivo (Tarifa Diaria).....	\$200

### **Horario Comercial**

#### **Normal:**

8:00 AM - 5:00 PM  
Lunes - Viernes

*Citas fuera de negocio regular varia por proveedor*

*\*Las tarifas están sujetas a cambios en cualquier momento. Las tarifas actuales están disponibles al comunicarse con Seasons Center al 712-262-2922.*



#### **Documentos para que Usted Mantenga Registros:**

Carta de Bienvenida al Cliente  
Descripción de los Servicios  
Derechos de las Personas Atendidas  
Aviso de Prácticas de Privacidad  
Información sobre directivas anticipadas



#### **Documentos que Requieren Firma y Devolución:**

Consentimiento para Tratar y Pago de Servicios  
Reconocimiento de HIPAA, 42 CFR y Uso de Inteligencia Artificial  
Proceso de Apelaciones Individuales  
Acuerdo de Comunicación Electrónica  
Formulario de Consentimiento de Telesalud  
Consentimiento para Divulgar Información

*Considere no llevar a otros niños a las citas de su hijo. Es importante que su proveedor tenga la menor cantidad de interrupciones posible para evaluar y tratar con precisión a su hijo.*



Nombre: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_ Medicaid #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Se me ha informado y se me ha entregado una copia del Aviso de privacidad de Seasons Center for Behavioral Health. Me han dicho que si tengo problemas para leer o comprender el aviso de Seasons Center, puedo solicitar ayuda. Entiendo que si tengo preguntas o inquietudes, debo comunicarme con el Funcionario de Privacidad de Seasons Center.

Reconozco que he recibido descripciones de los servicios proporcionados por Seasons Center. También me han ofrecido copias de todas y cada una de las partes del proceso de registro. Al completar estos formularios, entiendo que he completado el proceso de registro y que mi tratamiento comenzará cuando me reúna con mi proveedor de servicios de salud del comportamiento.

Mi firma a continuación indica que he recibido copias de los siguientes formularios y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

<b>Firma Obtenida</b>			<b>Copia Aceptada</b>	<b>Copia Rechazada</b>	<b>Formularios</b>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consentimiento para Tratar y Pago
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proceso de Apelaciones Individuales
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorizaciones y Acuerdos
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descripción de Servicios
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derechos de las Personas Atendidas
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aviso de Practicas de Privacidad
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Información sobre Directivas Anticipadas

\_\_\_\_\_  
Cliente/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Miembro del Equipo

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Seasons Center for Behavioral Health Consentimiento para Tratar y Pago de Servicios

**Tarifas, Financiación Regional y Seguro:** Por los servicios que recibo en Seasons, entiendo y acepto que se me facturará la tarifa completa actual. Si tengo seguro, se le facturará a mi compañía de seguros la tarifa completa. La Junta Directiva ha aprobado una escala móvil de tarifas basada en mis ingresos brutos, en caso de que decida presentar una solicitud. Si elijo presentar una solicitud a la región para un subsidio de mi tarifa, se me cobrará la tarifa completa actual (100 %) hasta que la región haya aprobado o denegado la financiación de los servicios de salud mental en Seasons. Si la región niega la financiación, entiendo que soy responsable de todos los cargos por mis servicios. El pago se espera en el momento en que se prestan los servicios. Entiendo que las tarifas que no se paguen después de 90 días pueden enviarse a colección si no se ha hecho un acuerdo de pago alternativo.

Entiendo que si los servicios son respaldados por un tercero y/o región, estos servicios pueden estar sujetos a auditoría por parte de representantes autorizados de esos pagadores con fines de verificación. Autorizo el pago de los beneficios de salud que de otro modo se me pagarían, directamente a Seasons Center, y doy mi consentimiento para las revisiones de los servicios prestados para tales fines. Seasons acordó facturar a terceros pagadores, como seguros, al recibir información de facturación actual y precisa. Esta firma en el archivo es válida para todos los terceros pagadores, como seguros, involucrados en el cobro de dinero por los servicios prestados. Acepto proporcionar a Seasons Center información precisa y actualizada sobre el seguro. También entiendo que Seasons no puede garantizar (seguro) el pago de terceros.

**Calidad de Servicio:** Los miembros de la junta directiva de Seasons y el estado de Iowa han establecido estándares de calidad para los servicios que se brindan en Seasons. Es su intención que el personal de Seasons esté completamente capacitado y sea competente. Entiendo que no hay garantía de que me sienta mejor. Debido a que el tratamiento de salud del comportamiento es un esfuerzo cooperativo entre mi proveedor de servicios y yo, acepto trabajar con mi proveedor de servicios de manera cooperativa para resolver cualquier dificultad. Si siento que el personal no está brindando el tipo o la calidad de los servicios necesarios, primero hablaré con el miembro del personal involucrado. El miembro del personal tratará de resolver mi inquietud y explicará el proceso para tomar medidas adicionales si no estoy satisfecho. Si siento que no puedo discutir el asunto con el miembro del personal, tengo derecho a comunicarme con el supervisor del personal o el departamento de atención al cliente al 712-262-2922 o al 1-800-242-5101, quienes luego investigarán a fondo.

**Servicios de crisis:** Los servicios de crisis proporcionan una evaluación enfocada y una estabilización rápida de los síntomas agudos de enfermedad mental o angustia emocional, y están disponibles y accesibles para los usuarios las 24 horas del día llamando al 1-844-345-4569. Además, la Línea 988 de Prevención del Suicidio y Crisis está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para personas que enfrentan dificultades de salud mental, angustia emocional, preocupaciones relacionadas con el consumo de alcohol o drogas, o que simplemente necesitan alguien con quien hablar. El 988 puede ser anónimo, si así se desea.

**Citas:** Debido a la demanda de servicios y la naturaleza del tratamiento, **por favor notifique la cancelación con 24 horas de anticipación. Seasons cobrará a los clientes \$26.00 a menos que se nos notifique la cancelación de una cita.**

**Representante Legal** Parentesco con el cliente:

- Padre/Madre       Padre/Madre de crianza
- Tutor legal       Padrastro/Madrastra
- Abuelo/Abuela     Otro: \_\_\_\_\_

Al firmar en la línea de Representante Legal que aparece a continuación, afirmo que tengo la autoridad legal para tomar decisiones médicas y de atención de salud para la persona mencionada anteriormente. Brindo mi consentimiento informado para que Northwest Iowa Mental Health Center, que opera bajo el nombre comercial Seasons Center, proporcione servicios de salud mental a esta persona.

*\*Se puede solicitar documentación*

**Permiso para Proporcionar Servicios de Salud del Comportamiento:**

Seasons proporcionará servicios de diagnóstico y tratamiento, o ambos, con su consentimiento por escrito para hacerlo. Por favor firme indicando que está solicitando servicios.

Solicito que Seasons realice servicios de diagnóstico o tratamiento, o ambos, para \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Cuenta: \_\_\_\_\_ # de Medicaid: \_\_\_\_\_

Firma del Individuo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Reconocimiento de HIPAA, 42 CFR y Uso de Inteligencia Artificial

### **HIPAA y 42 CFR**

El Aviso de Prácticas de Privacidad de Seasons Center proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información de salud protegida (PHI) sobre usted. Como se indica en nuestro aviso, los términos del mismo pueden cambiar. Si modificamos nuestro aviso, usted puede obtener una copia revisada contactando al Oficial de Privacidad en Seasons Center for Behavioral Health, 201 East 11th Street, Spencer.

Si recibe servicios por trastornos por uso de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés), sus registros están protegidos bajo la ley federal de confidencialidad 42 CFR Parte 2. Esta ley proporciona protecciones de privacidad adicionales más allá de HIPAA. La información que lo identifique como receptor de servicios por SUD no será divulgada sin su consentimiento por escrito, salvo que la ley lo permita o requiera.

**Al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (con fecha del 16 de febrero de 2026), la protección de los Derechos de los Individuos Servidos (Derechos y Responsabilidades del Individuo), y una Descripción de Servicios, incluyendo información sobre las protecciones de confidencialidad para los registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias según la 42 CFR Parte 2.**

### **Uso de Inteligencia Artificial**

Podemos utilizar tecnología segura y compatible con HIPAA, incluyendo herramientas de inteligencia artificial, para ayudar con la documentación y la coordinación de la atención. Ninguna decisión clínica se tomará a partir del uso de inteligencia artificial.

**Al firmar este formulario, usted reconoce el uso y las limitaciones de las herramientas de inteligencia artificial dentro de su tratamiento.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/Representante Legal

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Cuenta: \_\_\_\_\_ # de Medicaid: \_\_\_\_\_



## Proceso de Apelaciones Individuales

Seasons brinda e informa a todas las personas atendidas y a sus tutores sobre su derecho a apelar la aplicación de políticas, procedimientos o cualquier acción del personal que los afecte sin riesgo de interferencia o venganza.

- Cuando un individuo presenta verbalmente una queja o apelación a un empleado de Seasons Center:
  - El empleado sugerirá que la persona primero hable directamente con el empleado involucrado con la inquietud para resolver el asunto.
  - Si la persona se siente incómoda dirigiéndose directamente al miembro del personal, la persona será dirigido a hablar con el supervisor del empleado o el vicepresidente del departamento.
- Si la persona no está satisfecha con los resultados del #2 o desea continuar con el asunto, se le entregará un Formulario de Apelación Individual.
  - Si necesitan ayuda para completar el formulario, el director ejecutivo, o la persona designada por el director ejecutivo, ayudará a hacerlo.
  - El director ejecutivo, o quien él designe, escribirá toda la información pertinente o permitirá que la persona escriba sus inquietudes.
- En un plazo de 10 días, el director ejecutivo, o quien él designe, investigará la denuncia y responderá por escrito a la persona.
- Si no está satisfecho con las recomendaciones, se le informará a la persona que puede presentar una queja o solicitud por escrito al Comité Ejecutivo de la Junta Directiva.
  - El Comité Ejecutivo revisará la queja, se asegurará de que se haya seguido el proceso de apelación y hará sus recomendaciones al Consejo Directivo en la próxima reunión programada de todo el Consejo para tomar una decisión.
  - Se escribirá una respuesta del Presidente del Consejo y se entregará a la persona dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la queja/apelación por escrito.
  - La decisión del Consejo Directivo será final.
- Si cree que se han violado sus derechos civiles, también puede optar por presentar una queja ante la División de Asistencia a las Víctimas del Crimen o la Oficina de Derechos Civiles en los siguientes enlaces:
  - <https://www.iowaattorneygeneral.gov/manual/chapter-24-discriminationcomplaint-process/civil-rights-complaint-process>
  - <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

Mi firma a continuación indica que he recibido una copia de este formulario que indica el proceso de apelación individual.

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/Representante Legal

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Cuenta: \_\_\_\_\_ # de Medicaid: \_\_\_\_\_



## Acuerdo de Comunicación Electrónica

Las comunicaciones electrónicas, que incluyen, pero no limitados a, correos electrónicos y mensajes de texto, brindan la oportunidad de comunicarse con los proveedores de atención médica en Seasons Center for Behavioral Health ("Seasons Center"). Como su proveedor de atención médica, Seasons tratará las comunicaciones electrónicas con el mismo grado de privacidad y confidencialidad que los registros médicos escritos.

Este acuerdo es entre \_\_\_\_\_ y/o su representante \_\_\_\_\_ y Seasons Center.

La comunicación electrónica con Seasons puede ayudarlo de varias maneras, incluida la posibilidad de comunicarse con su proveedor más rápidamente y recibir recordatorios de sus citas. Sin embargo, existen algunos riesgos, tales como:

- Es posible que su cuenta de correo electrónico no sea segura. Esto podría significar que cualquier información enviada hacia o desde su dirección de correo electrónico podría ser mal dirigida, divulgada, leída o interceptada por otra persona.
- Los mensajes de texto no son seguros. Esto significa que cualquier información enviada a través de texto podría ser mal dirigida, divulgada, leída o interceptada por otra persona.

Al marcar una de las casillas a continuación, está diciendo que entiende que:

- Los correos electrónicos y los mensajes de texto no son seguros.
- Los correos electrónicos y los mensajes de texto no deben usarse si necesita hablar con alguien de inmediato debido a una crisis de salud mental, pero siempre puede llamar al 800-345-4569 o al 988.
- Le proporcionará a Seasons su dirección de correo electrónico (no una dirección de correo electrónico que pertenezca a un amigo, familiar, etc.)
- Si su número de teléfono o dirección de correo electrónico cambia, se lo hará saber a Seasons y le proporcionará a Seasons su información de contacto actualizada. Es posible que se le solicite que actualice este formulario en ese momento.
- Sea cual sea la casilla que elija, puede cambiar de opinión en cualquier momento poniéndose en contacto con Seasons Center.

Mi número de celular: \_\_\_\_\_

Mi dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Por favor marque solo una casilla:

- Conociendo los posibles riesgos, aún quiero comunicarme con Seasons por correo electrónico y/o mensajes de texto.
- Conociendo los posibles riesgos, todavía quiero comunicarme con Seasons por correo electrónico y/o mensajes de texto, pero solo para recordatorios de citas.
- Conociendo los posibles riesgos, no deseo comunicarme con Seasons por correo electrónico y/o mensajes de texto.

*Si marqué la casilla A o B, libero y eximo de toda responsabilidad a Seasons Center, sus proveedores y su personal, empleados, afiliados, agentes, funcionarios y directores de todos y cada uno de los gastos, reclamos, acciones, responsabilidades, honorarios de abogados, daños, pérdidas de cualquier tipo que pueda tener como resultado de las Comunicaciones Electrónicas entre Seasons Center y yo y/o el menor identificado en base a este acuerdo.*

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/Representante Legal



## Formulario de Consentimiento de Telesalud

### ¿Qué es la telesalud y cómo la uso?

La telesalud es una forma de visitar a un proveedor de salud del comportamiento. Puede hablar con su proveedor desde cualquier lugar, incluida su casa. Deberá usar video para que usted y su proveedor puedan verse.

### ¿Cómo me ayuda la telesalud?

No tiene que ir a una oficina de Seasons Center. Si está enfermo o le preocupa enfermarse, la telesalud ayuda a reducir el riesgo de propagar o contraer gérmenes. Si tiene dificultades para llegar a la oficina, también puede ayudarle a acceder a sus servicios sin necesidad de preocuparse por transporte, tiempo libre del trabajo, etc. Tenga en cuenta que su proveedor puede determinar si aún necesita una visita en la oficina.

### ¿Puede la telesalud ser mala para mí?

Los proveedores no podrán examinarlo físicamente, así que venga preparado para hablar sobre su bienestar físico. Además, los problemas técnicos pueden interrumpir o detener su visita antes de que termine.

### ¿Quién es apto para la telesalud?

Los servicios de telesalud son más adecuados para personas de 12 años en adelante. Usted y su proveedor trabajarán juntos para evaluar si los servicios de telesalud son útiles. Si experimenta barreras o limitaciones debido a su capacidad o acceso a la telesalud, se le ofrecerán opciones en la oficina como alternativa.

### ¿Mi visita de telesalud será privada?

Seasons no grava las visitas y los proveedores deben tener un espacio confidencial para que nadie más pueda verlo o escucharlo. La agencia utiliza tecnología de telesalud diseñada para proteger su privacidad. Debe usar una red que sea privada y segura, así como tener un espacio confidencial y tranquilo para que nadie pueda ver o escuchar su cita. Existe una posibilidad muy pequeña de que alguien pueda usar la tecnología para escuchar o ver su visita de telesalud.

### ¿Qué sucede si pruebo la telesalud y no me gusta?

Puede dejar de usar la telesalud en cualquier momento, incluso durante una visita de telesalud. Si decide que no quiere usar la telesalud, hable con su proveedor o llame al 800-242-5101 y solicite visitas al consultorio.

### ¿Cuánto cuesta una visita de telesalud?

Lo que paga depende de su seguro. Una visita de telesalud no costará más que una visita al consultorio. Si su proveedor decide que necesita una visita al consultorio además de su visita de telesalud, es posible que deba pagar ambas visitas.

### ¿Tengo que firmar este documento? ¿Qué significa si firmo y/o acepto este documento?

No. Solo firme este documento si desea usar telesalud. Si firma y/o le dice a su proveedor que está de acuerdo con este documento, acepta que: se discutió la información en este documento, se respondieron todas las preguntas y desea una visita de telesalud. Una vez firmado, se le entregará una copia si lo desea.

---

Nombre del cliente (en letra de imprenta)

---

Fecha

---

Firma del Cliente/Representante Legal



# CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

## Northwest Iowa Mental Health Center (Seasons Center)

201 East 11th Street, Spencer, Iowa 51301 | Teléfono: (800) 242-5101 | Fax: (712) 262-3826

Nombre Legal del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Medicaid: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, autorizo al Centro Seasons a  divulgar y/o  obtener información escrita y verbal de los últimos **dos (2) años** a partir de la fecha de esta autorización, por teléfono, fax, intercambio electrónico de datos o correo, con respecto al cliente mencionado anteriormente, con la siguiente persona o agencia:

Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención Médica de Seasons	Seasons Center for Behavioral Health	Proveedor de tratamiento	
Nombre de la Persona (o clase de persona)	Nombre de la Institución (si corresponde)	Parentesco con el cliente	
201 E 11th St	Spencer	Iowa	51351
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
800-242-5101	712-262-3826		
Número de Teléfono	Número de Fax	Número de caso/investigación	

### Check the information to be disclosed:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica                         | <input type="checkbox"/> Revisión Anual              | <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio           |
| <input type="checkbox"/> Admisión Integral (Incluyendo Historial Social) | <input type="checkbox"/> Resumen de Progreso         | <input type="checkbox"/> Pruebas/Evaluaciones Psicológicas   |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones Iniciales                          | <input type="checkbox"/> Resumen al dar de Alta      | <input type="checkbox"/> Expedientes Educativos/Vocacionales |
| <input type="checkbox"/> Plan de Servicio/ICP/Plan de Tratamiento        | <input type="checkbox"/> Información de Facturación  |  |
| <input type="checkbox"/> Notas Medicas/de Progreso                       | <input type="checkbox"/> Información/Fechas de Citas |  |

Otro (Por favor Especifique):  toda la información pertinente requerida para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica

### Please indicate the purpose/reason for release:

- Continuidad de Atención    Rehabilitación/ Discapacidad    Seguro    Transferencia de Atención

Legal *Si se selecciona, NO se podrán seleccionar otros elementos en esta sección*

Otro (Por favor Especifique):  operaciones administrativas de la agencia

Esta autorización es voluntaria. Entiendo que tengo el derecho de no firmar este formulario de consentimiento y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado acciones basadas en él. Si elijo no firmar, entiendo que no habrá consecuencias para la prestación de servicios; sin embargo, podría afectar el pago de los servicios y las obligaciones personales relacionadas con los mismos. Si decido revocar este consentimiento, debo enviar una notificación por escrito a: Registros Médicos, Centro Seasons, 201 E 11th Street, Spencer, IA 51301. Si revoco este consentimiento, entiendo que la información podría haberse divulgado antes de la cancelación y que dicha acción no se consideraría una violación de la confidencialidad.

También reconozco que: 1) los destinatarios de esta información podrían volver a divulgarla sin la autorización adecuada, y 2) una vez divulgada la información, podría dejar de estar protegida por 42 CFR Parte 2, HIPAA y otras regulaciones federales o estatales de privacidad. Entiendo que puedo revisar la información divulgada o realizar preguntas contactando a Registros Médicos en la dirección indicada arriba. La confidencialidad de la información está protegida por la Ley Federal (HIPAA, 42 CFR § 2 y 45 CFR § 164) y por el Código de Iowa, Capítulo 228. La Parte 2 de 42 CFR prohíbe el uso o divulgación no autorizados de estos registros. La redivulgación está prohibida, a menos que se permita expresamente con el consentimiento escrito del cliente, excepto según lo permitido por 42 CFR Parte 2, HIPAA y las leyes estatales aplicables. Entiendo que si entidades cubiertas por HIPAA y asociados comerciales reciben estos registros para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, los registros pueden volver a divulgarse de acuerdo con HIPAA, excepto para usos o divulgaciones en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en mi contra. Entiendo que el Centro Seasons no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios a que firme o no esta autorización, excepto que: a) Seasons puede condicionar la prestación de tratamiento relacionado con investigación a la autorización para el uso o divulgación de información de salud protegida con fines de dicha investigación; b) Seasons puede condicionar la prestación de atención médica que tenga como único propósito la creación de información de salud protegida para divulgarla a un tercero a la provisión de autorización para ese tercero; y c) entiendo que podría ser facturado por servicios que de otro modo estarían cubiertos por el seguro si me niego a consentir la divulgación para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, si la ley estatal lo permite.

### INFORMACIÓN QUE NO SE DEBE DIVULGAR

#### AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LA LEY ESTATAL O FEDERAL

Entiendo que la información que se divulgará puede incluir información en las siguientes categorías, a menos que yo específicamente niego la divulgación

**Coloque sus iniciales en cualquier categoría que no se divulgará.**

**Deje en blanco si no hay restricciones.**

\_\_\_\_\_ Abuso de Sustancias

\_\_\_\_\_ Salud Mental

\_\_\_\_\_ Información relacionada con el VIH

\_\_\_\_\_ Pruebas Genéticas/Información

Se me ha ofrecido una copia de este formulario, y se me ha explicado en un idioma que entiendo.

Si no revoco el consentimiento, esta autorización caducará no más de un año a partir de la fecha a continuación, o en la fecha especificada aquí, lo que ocurra primero: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Solo los clientes mayores de 18 años, o su representante legal, pueden autorizar la divulgación de información de salud mental. Solo los clientes, sin importar su edad, pueden autorizar la divulgación de información sobre abuso de sustancias.**



# CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

## Northwest Iowa Mental Health Center (Seasons Center)

201 East 11th Street, Spencer, Iowa 51301 | Teléfono: (800) 242-5101 | Fax: (712) 262-3826

Nombre Legal del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Medicaid: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, autorizo al Centro Seasons a  divulgar y/o  obtener información escrita y verbal de los últimos **dos (2) años** a partir de la fecha de esta autorización, por teléfono, fax, intercambio electrónico de datos o correo, con respecto al cliente mencionado anteriormente, con la siguiente persona o agencia:

Nombre de la Persona (o clase de persona) \_\_\_\_\_ Nombre de la Institución (si corresponde) \_\_\_\_\_ **Contacto de emergencia:** Parentesco con el cliente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Número de Fax \_\_\_\_\_ Número de caso/investigación \_\_\_\_\_

### Check the information to be disclosed:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica                         | <input type="checkbox"/> Revisión Anual              | <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio           |
| <input type="checkbox"/> Admisión Integral (Incluyendo Historial Social) | <input type="checkbox"/> Resumen de Progreso         | <input type="checkbox"/> Pruebas/Evaluaciones Psicológicas   |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones Iniciales                          | <input type="checkbox"/> Resumen al dar de Alta      | <input type="checkbox"/> Expedientes Educativos/Vocacionales |
| <input type="checkbox"/> Plan de Servicio/ICP/Plan de Tratamiento        | <input type="checkbox"/> Información de Facturación  |  |
| <input type="checkbox"/> Notas Medicas/de Progreso                       | <input type="checkbox"/> Información/Fechas de Citas |  |
| <input type="checkbox"/> Otro (Por favor Especifique): _____             |  |  |

### Please indicate the purpose/reason for release:

- Continuidad de Atención    Rehabilitación/ Discapacidad    Seguro    Transferencia de Atención
- Otro (Por favor Especifique): \_\_\_\_\_

**Legal** Si se selecciona, **NO** se podrán seleccionar otros elementos en esta sección

Esta autorización es voluntaria. Entiendo que tengo el derecho de no firmar este formulario de consentimiento y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado acciones basadas en él. Si elijo no firmar, entiendo que no habrá consecuencias para la prestación de servicios; sin embargo, podría afectar el pago de los servicios y las obligaciones personales relacionadas con los mismos. Si decido revocar este consentimiento, debo enviar una notificación por escrito a: Registros Médicos, Centro Seasons, 201 E 11th Street, Spencer, IA 51301. Si revoco este consentimiento, entiendo que la información podría haberse divulgado antes de la cancelación y que dicha acción no se consideraría una violación de la confidencialidad.

También reconozco que: 1) los destinatarios de esta información podrían volver a divulgarla sin la autorización adecuada, y 2) una vez divulgada la información, podría dejar de estar protegida por 42 CFR Parte 2, HIPAA y otras regulaciones federales o estatales de privacidad. Entiendo que puedo revisar la información divulgada o realizar preguntas contactando a Registros Médicos en la dirección indicada arriba. La confidencialidad de la información está protegida por la Ley Federal (HIPAA, 42 CFR § 2 y 45 CFR § 164) y por el Código de Iowa, Capítulo 228. La Parte 2 de 42 CFR prohíbe el uso o divulgación no autorizados de estos registros. La divulgación está prohibida, a menos que se permita expresamente con el consentimiento escrito del cliente, excepto según lo permitido por 42 CFR Parte 2, HIPAA y las leyes estatales aplicables. Entiendo que si entidades cubiertas por HIPAA y asociados comerciales reciben estos registros para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, los registros pueden volver a divulgarse de acuerdo con HIPAA, excepto para usos o divulgaciones en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en mi contra. Entiendo que el Centro Seasons no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios a que firme o no esta autorización, excepto que: a) Seasons puede condicionar la prestación de tratamiento relacionado con investigación a la autorización para el uso o divulgación de información de salud protegida con fines de dicha investigación; b) Seasons puede condicionar la prestación de atención médica que tenga como único propósito la creación de información de salud protegida para divulgarla a un tercero a la provisión de autorización para ese tercero; y c) entiendo que podría ser facturado por servicios que de otro modo estarían cubiertos por el seguro si me niego a consentir la divulgación para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, si la ley estatal lo permite.

### INFORMACIÓN QUE NO SE DEBE DIVULGAR

#### AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LA LEY ESTATAL O FEDERAL

Entiendo que la información que se divulgará puede incluir información en las siguientes categorías, a menos que yo específicamente niego la divulgación

**Coloque sus iniciales en cualquier categoría que no se divulgará.**

**Deje en blanco si no hay restricciones.**

- \_\_\_\_\_ Abuso de Sustancias
- \_\_\_\_\_ Salud Mental
- \_\_\_\_\_ Información relacionada con el VIH
- \_\_\_\_\_ Pruebas Genéticas/Información

Se me ha ofrecido una copia de este formulario, y se me ha explicado en un idioma que entiendo.

Si no revoco el consentimiento, esta autorización caducará no más de un año a partir de la fecha a continuación, o en la fecha especificada aquí, lo que ocurra primero: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente/Representante Legal \_\_\_\_\_ Parentesco con el cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Solo los clientes mayores de 18 años, o su representante legal, pueden autorizar la divulgación de información de salud mental. Solo los clientes, sin importar su edad, pueden autorizar la divulgación de información sobre abuso de sustancias.**



# CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

## Northwest Iowa Mental Health Center (Seasons Center)

201 East 11th Street, Spencer, Iowa 51301 | Teléfono: (800) 242-5101 | Fax: (712) 262-3826

Nombre Legal del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Medicaid: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, autorizo al Centro Seasons a  divulgar y/o  obtener información escrita y verbal de los últimos **dos (2) años** a partir de la fecha de esta autorización, por teléfono, fax, intercambio electrónico de datos o correo, con respecto al cliente mencionado anteriormente, con la siguiente persona o agencia:

Nombre de la Persona (o clase de persona) \_\_\_\_\_ Nombre de la Institución (si corresponde) \_\_\_\_\_ **Médico de atención primaria** Parentesco con el cliente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Número de Fax \_\_\_\_\_ Número de caso/investigación \_\_\_\_\_

### Check the information to be disclosed:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica                         | <input type="checkbox"/> Revisión Anual              | <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio           |
| <input type="checkbox"/> Admisión Integral (Incluyendo Historial Social) | <input type="checkbox"/> Resumen de Progreso         | <input type="checkbox"/> Pruebas/Evaluaciones Psicológicas   |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones Iniciales                          | <input type="checkbox"/> Resumen al dar de Alta      | <input type="checkbox"/> Expedientes Educativos/Vocacionales |
| <input type="checkbox"/> Plan de Servicio/ICP/Plan de Tratamiento        | <input type="checkbox"/> Información de Facturación  |  |
| <input type="checkbox"/> Notas Medicas/de Progreso                       | <input type="checkbox"/> Información/Fechas de Citas |  |
| <input type="checkbox"/> Otro (Por favor Especifique): _____             |  |  |

### Please indicate the purpose/reason for release:

- Continuidad de Atención    Rehabilitación/ Discapacidad    Seguro    Transferencia de Atención
- Otro (Por favor Especifique): \_\_\_\_\_

**Legal** Si se selecciona, **NO** se podrán seleccionar otros elementos en esta sección

Esta autorización es voluntaria. Entiendo que tengo el derecho de no firmar este formulario de consentimiento y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado acciones basadas en él. Si elijo no firmar, entiendo que no habrá consecuencias para la prestación de servicios; sin embargo, podría afectar el pago de los servicios y las obligaciones personales relacionadas con los mismos. Si decido revocar este consentimiento, debo enviar una notificación por escrito a: Registros Médicos, Centro Seasons, 201 E 11th Street, Spencer, IA 51301. Si revoco este consentimiento, entiendo que la información podría haberse divulgado antes de la cancelación y que dicha acción no se consideraría una violación de la confidencialidad.

También reconozco que: 1) los destinatarios de esta información podrían volver a divulgarla sin la autorización adecuada, y 2) una vez divulgada la información, podría dejar de estar protegida por 42 CFR Parte 2, HIPAA y otras regulaciones federales o estatales de privacidad. Entiendo que puedo revisar la información divulgada o realizar preguntas contactando a Registros Médicos en la dirección indicada arriba. La confidencialidad de la información está protegida por la Ley Federal (HIPAA, 42 CFR § 2 y 45 CFR § 164) y por el Código de Iowa, Capítulo 228. La Parte 2 de 42 CFR prohíbe el uso o divulgación no autorizados de estos registros. La redivulgación está prohibida, a menos que se permita expresamente con el consentimiento escrito del cliente, excepto según lo permitido por 42 CFR Parte 2, HIPAA y las leyes estatales aplicables. Entiendo que si entidades cubiertas por HIPAA y asociados comerciales reciben estos registros para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, los registros pueden volver a divulgarse de acuerdo con HIPAA, excepto para usos o divulgaciones en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en mi contra. Entiendo que el Centro Seasons no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios a que firme o no esta autorización, excepto que: a) Seasons puede condicionar la prestación de tratamiento relacionado con investigación a la autorización para el uso o divulgación de información de salud protegida con fines de dicha investigación; b) Seasons puede condicionar la prestación de atención médica que tenga como único propósito la creación de información de salud protegida para divulgarla a un tercero a la provisión de autorización para ese tercero; y c) entiendo que podría ser facturado por servicios que de otro modo estarían cubiertos por el seguro si me niego a consentir la divulgación para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, si la ley estatal lo permite.

### INFORMACIÓN QUE NO SE DEBE DIVULGAR

#### AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LA LEY ESTATAL O FEDERAL

Entiendo que la información que se divulgará puede incluir información en las siguientes categorías, a menos que yo específicamente niego la divulgación

**Coloque sus iniciales en cualquier categoría que no se divulgará.**

**Deje en blanco si no hay restricciones.**

- \_\_\_\_\_ Abuso de Sustancias
- \_\_\_\_\_ Salud Mental
- \_\_\_\_\_ Información relacionada con el VIH
- \_\_\_\_\_ Pruebas Genéticas/Información

Se me ha ofrecido una copia de este formulario, y se me ha explicado en un idioma que entiendo.

Si no revoco el consentimiento, esta autorización caducará no más de un año a partir de la fecha a continuación, o en la fecha especificada aquí, lo que ocurra primero: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente/Representante Legal \_\_\_\_\_ Parentesco con el cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Solo los clientes mayores de 18 años, o su representante legal, pueden autorizar la divulgación de información de salud mental. Solo los clientes, sin importar su edad, pueden autorizar la divulgación de información sobre abuso de sustancias.**



**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**  
**Northwest Iowa Mental Health Center (Seasons Center)**  
 201 East 11th Street, Spencer, Iowa 51301 | Teléfono: (800) 242-5101 | Fax: (712) 262-3826

Nombre Legal del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Medicaid: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, autorizo al Centro Seasons a  divulgar y/o  obtener información escrita y verbal de los últimos **dos (2) años** a partir de la fecha de esta autorización, por teléfono, fax, intercambio electrónico de datos o correo, con respecto al cliente mencionado anteriormente, con la siguiente persona o agencia:

**Farmacia**

Nombre de la Persona (o clase de persona) \_\_\_\_\_ Nombre de la Institución (si corresponde) \_\_\_\_\_ Parentesco con el cliente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Número de Fax \_\_\_\_\_ Número de caso/investigación \_\_\_\_\_

**Check the information to be disclosed:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica                         | <input type="checkbox"/> Revisión Anual              | <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio           |
| <input type="checkbox"/> Admisión Integral (Incluyendo Historial Social) | <input type="checkbox"/> Resumen de Progreso         | <input type="checkbox"/> Pruebas/Evaluaciones Psicológicas   |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones Iniciales                          | <input type="checkbox"/> Resumen al dar de Alta      | <input type="checkbox"/> Expedientes Educativos/Vocacionales |
| <input type="checkbox"/> Plan de Servicio/ICP/Plan de Tratamiento        | <input type="checkbox"/> Información de Facturación  |  |
| <input type="checkbox"/> Notas Medicas/de Progreso                       | <input type="checkbox"/> Información/Fechas de Citas |  |
| <input type="checkbox"/> Otro (Por favor Especifique): _____             |  |  |

**Please indicate the purpose/reason for release:**

- Continuidad de Atención     Rehabilitación/ Discapacidad     Seguro     Transferencia de Atención
- Otro (Por favor Especifique): \_\_\_\_\_

**Legal** *Si se selecciona, NO se podrán seleccionar otros elementos en esta sección*

Esta autorización es voluntaria. Entiendo que tengo el derecho de no firmar este formulario de consentimiento y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado acciones basadas en él. Si elijo no firmar, entiendo que no habrá consecuencias para la prestación de servicios; sin embargo, podría afectar el pago de los servicios y las obligaciones personales relacionadas con los mismos. Si decido revocar este consentimiento, debo enviar una notificación por escrito a: Registros Médicos, Centro Seasons, 201 E 11th Street, Spencer, IA 51301. Si revoco este consentimiento, entiendo que la información podría haberse divulgado antes de la cancelación y que dicha acción no se consideraría una violación de la confidencialidad.

También reconozco que: 1) los destinatarios de esta información podrían volver a divulgarla sin la autorización adecuada, y 2) una vez divulgada la información, podría dejar de estar protegida por 42 CFR Parte 2, HIPAA y otras regulaciones federales o estatales de privacidad. Entiendo que puedo revisar la información divulgada o realizar preguntas contactando a Registros Médicos en la dirección indicada arriba. La confidencialidad de la información está protegida por la Ley Federal (HIPAA, 42 CFR § 2 y 45 CFR § 164) y por el Código de Iowa, Capítulo 228. La Parte 2 de 42 CFR prohíbe el uso o divulgación no autorizados de estos registros. La divulgación está prohibida, a menos que se permita expresamente con el consentimiento escrito del cliente, excepto según lo permitido por 42 CFR Parte 2, HIPAA y las leyes estatales aplicables. Entiendo que si entidades cubiertas por HIPAA y asociados comerciales reciben estos registros para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, los registros pueden volver a divulgarse de acuerdo con HIPAA, excepto para usos o divulgaciones en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en mi contra. Entiendo que el Centro Seasons no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios a que firme o no esta autorización, excepto que: a) Seasons puede condicionar la prestación de tratamiento relacionado con investigación a la autorización para el uso o divulgación de información de salud protegida con fines de dicha investigación; b) Seasons puede condicionar la prestación de atención médica que tenga como único propósito la creación de información de salud protegida para divulgarla a un tercero a la provisión de autorización para ese tercero; y c) entiendo que podría ser facturado por servicios que de otro modo estarían cubiertos por el seguro si me niego a consentir la divulgación para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, si la ley estatal lo permite.

**INFORMACIÓN QUE NO SE DEBE DIVULGAR**

**AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LA LEY ESTATAL O FEDERAL**

Entiendo que la información que se divulgará puede incluir información en las siguientes categorías, a menos que yo específicamente niego la divulgación

**Coloque sus iniciales en cualquier categoría que no se divulgará.**

**Deje en blanco si no hay restricciones.**

- \_\_\_\_\_ Abuso de Sustancias
- \_\_\_\_\_ Salud Mental
- \_\_\_\_\_ Información relacionada con el VIH
- \_\_\_\_\_ Pruebas Genéticas/Información

Se me ha ofrecido una copia de este formulario, y se me ha explicado en un idioma que entiendo.

Si no revoco el consentimiento, esta autorización caducará no más de un año a partir de la fecha a continuación, o en la fecha especificada aquí, lo que ocurra primero: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente/Representante Legal \_\_\_\_\_ Parentesco con el cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Solo los clientes mayores de 18 años, o su representante legal, pueden autorizar la divulgación de información de salud mental. Solo los clientes, sin importar su edad, pueden autorizar la divulgación de información sobre abuso de sustancias.**



# CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

## Northwest Iowa Mental Health Center (Seasons Center)

201 East 11th Street, Spencer, Iowa 51301 | Teléfono: (800) 242-5101 | Fax: (712) 262-3826

Nombre Legal del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Medicaid: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, autorizo al Centro Seasons a  divulgar y/o  obtener información escrita y verbal de los últimos **dos (2) años** a partir de la fecha de esta autorización, por teléfono, fax, intercambio electrónico de datos o correo, con respecto al cliente mencionado anteriormente, con la siguiente persona o agencia:

**Compañía de seguros**

Nombre de la Persona (o clase de persona) \_\_\_\_\_ Nombre de la Institución (si corresponde) \_\_\_\_\_ Parentesco con el cliente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Número de Fax \_\_\_\_\_ Número de caso/investigación \_\_\_\_\_

**Check the information to be disclosed:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica                         | <input type="checkbox"/> Revisión Anual              | <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio           |
| <input type="checkbox"/> Admisión Integral (Incluyendo Historial Social) | <input type="checkbox"/> Resumen de Progreso         | <input type="checkbox"/> Pruebas/Evaluaciones Psicológicas   |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones Iniciales                          | <input type="checkbox"/> Resumen al dar de Alta      | <input type="checkbox"/> Expedientes Educativos/Vocacionales |
| <input type="checkbox"/> Plan de Servicio/ICP/Plan de Tratamiento        | <input type="checkbox"/> Información de Facturación  |  |
| <input type="checkbox"/> Notas Medicas/de Progreso                       | <input type="checkbox"/> Información/Fechas de Citas |  |
| <input type="checkbox"/> Otro (Por favor Especifique): _____             |  |  |

**Please indicate the purpose/reason for release:**

- Continuidad de Atención    Rehabilitación/ Discapacidad    Seguro    Transferencia de Atención
- Otro (Por favor Especifique): \_\_\_\_\_

**Legal** Si se selecciona, **NO** se podrán seleccionar otros elementos en esta sección

Esta autorización es voluntaria. Entiendo que tengo el derecho de no firmar este formulario de consentimiento y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado acciones basadas en él. Si elijo no firmar, entiendo que no habrá consecuencias para la prestación de servicios; sin embargo, podría afectar el pago de los servicios y las obligaciones personales relacionadas con los mismos. Si decido revocar este consentimiento, debo enviar una notificación por escrito a: Registros Médicos, Centro Seasons, 201 E 11th Street, Spencer, IA 51301. Si revoco este consentimiento, entiendo que la información podría haberse divulgado antes de la cancelación y que dicha acción no se consideraría una violación de la confidencialidad.

También reconozco que: 1) los destinatarios de esta información podrían volver a divulgarla sin la autorización adecuada, y 2) una vez divulgada la información, podría dejar de estar protegida por 42 CFR Parte 2, HIPAA y otras regulaciones federales o estatales de privacidad. Entiendo que puedo revisar la información divulgada o realizar preguntas contactando a Registros Médicos en la dirección indicada arriba. La confidencialidad de la información está protegida por la Ley Federal (HIPAA, 42 CFR § 2 y 45 CFR § 164) y por el Código de Iowa, Capítulo 228. La Parte 2 de 42 CFR prohíbe el uso o divulgación no autorizados de estos registros. La divulgación está prohibida, a menos que se permita expresamente con el consentimiento escrito del cliente, excepto según lo permitido por 42 CFR Parte 2, HIPAA y las leyes estatales aplicables. Entiendo que si entidades cubiertas por HIPAA y asociados comerciales reciben estos registros para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, los registros pueden volver a divulgarse de acuerdo con HIPAA, excepto para usos o divulgaciones en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en mi contra. Entiendo que el Centro Seasons no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios a que firme o no esta autorización, excepto que: a) Seasons puede condicionar la prestación de tratamiento relacionado con investigación a la autorización para el uso o divulgación de información de salud protegida con fines de dicha investigación; b) Seasons puede condicionar la prestación de atención médica que tenga como único propósito la creación de información de salud protegida para divulgarla a un tercero a la provisión de autorización para ese tercero; y c) entiendo que podría ser facturado por servicios que de otro modo estarían cubiertos por el seguro si me niego a consentir la divulgación para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, si la ley estatal lo permite.

**INFORMACIÓN QUE NO SE DEBE DIVULGAR**

**AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LA LEY ESTATAL O FEDERAL**

Entiendo que la información que se divulgará puede incluir información en las siguientes categorías, a menos que yo específicamente niego la divulgación

**Coloque sus iniciales en cualquier categoría que no se divulgará.**

**Deje en blanco si no hay restricciones.**

- \_\_\_\_\_ Abuso de Sustancias
- \_\_\_\_\_ Salud Mental
- \_\_\_\_\_ Información relacionada con el VIH
- \_\_\_\_\_ Pruebas Genéticas/Información

Se me ha ofrecido una copia de este formulario, y se me ha explicado en un idioma que entiendo.

Si no revoco el consentimiento, esta autorización caducará no más de un año a partir de la fecha a continuación, o en la fecha especificada aquí, lo que ocurra primero: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente/Representante Legal \_\_\_\_\_ Parentesco con el cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Solo los clientes mayores de 18 años, o su representante legal, pueden autorizar la divulgación de información de salud mental. Solo los clientes, sin importar su edad, pueden autorizar la divulgación de información sobre abuso de sustancias.**





**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**  
**Northwest Iowa Mental Health Center (Seasons Center)**  
 201 East 11th Street, Spencer, Iowa 51301 | Teléfono: (800) 242-5101 | Fax: (712) 262-3826

Nombre Legal del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ # de Medicaid: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, autorizo al Centro Seasons a  divulgar y/o  obtener información escrita y verbal de los últimos **dos (2) años** a partir de la fecha de esta autorización, por teléfono, fax, intercambio electrónico de datos o correo, con respecto al cliente mencionado anteriormente, con la siguiente persona o agencia:

Nombre de la Persona (o clase de persona) \_\_\_\_\_ Nombre de la Institución (si corresponde) \_\_\_\_\_ Parentesco con el cliente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Número de Fax \_\_\_\_\_ Número de caso/investigación \_\_\_\_\_

**Check the information to be disclosed:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación Psiquiátrica                         | <input type="checkbox"/> Revisión Anual              | <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio           |
| <input type="checkbox"/> Admisión Integral (Incluyendo Historial Social) | <input type="checkbox"/> Resumen de Progreso         | <input type="checkbox"/> Pruebas/Evaluaciones Psicológicas   |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones Iniciales                          | <input type="checkbox"/> Resumen al dar de Alta      | <input type="checkbox"/> Expedientes Educativos/Vocacionales |
| <input type="checkbox"/> Plan de Servicio/ICP/Plan de Tratamiento        | <input type="checkbox"/> Información de Facturación  |  |
| <input type="checkbox"/> Notas Medicas/de Progreso                       | <input type="checkbox"/> Información/Fechas de Citas |  |
| <input type="checkbox"/> Otro (Por favor Especifique): _____             |  |  |

**Please indicate the purpose/reason for release:**

- Continuidad de Atención     Rehabilitación/ Discapacidad     Seguro     Transferencia de Atención
- Otro (Por favor Especifique): \_\_\_\_\_

**Legal** *Si se selecciona, NO se podrán seleccionar otros elementos en esta sección*

Esta autorización es voluntaria. Entiendo que tengo el derecho de no firmar este formulario de consentimiento y que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado acciones basadas en él. Si elijo no firmar, entiendo que no habrá consecuencias para la prestación de servicios; sin embargo, podría afectar el pago de los servicios y las obligaciones personales relacionadas con los mismos. Si decido revocar este consentimiento, debo enviar una notificación por escrito a: Registros Médicos, Centro Seasons, 201 E 11th Street, Spencer, IA 51301. Si revoco este consentimiento, entiendo que la información podría haberse divulgado antes de la cancelación y que dicha acción no se consideraría una violación de la confidencialidad.

También reconozco que: 1) los destinatarios de esta información podrían volver a divulgarla sin la autorización adecuada, y 2) una vez divulgada la información, podría dejar de estar protegida por 42 CFR Parte 2, HIPAA y otras regulaciones federales o estatales de privacidad. Entiendo que puedo revisar la información divulgada o realizar preguntas contactando a Registros Médicos en la dirección indicada arriba. La confidencialidad de la información está protegida por la Ley Federal (HIPAA, 42 CFR § 2 y 45 CFR § 164) y por el Código de Iowa, Capítulo 228. La Parte 2 de 42 CFR prohíbe el uso o divulgación no autorizados de estos registros. La divulgación está prohibida, a menos que se permita expresamente con el consentimiento escrito del cliente, excepto según lo permitido por 42 CFR Parte 2, HIPAA y las leyes estatales aplicables. Entiendo que si entidades cubiertas por HIPAA y asociados comerciales reciben estos registros para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, los registros pueden volver a divulgarse de acuerdo con HIPAA, excepto para usos o divulgaciones en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en mi contra. Entiendo que el Centro Seasons no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios a que firme o no esta autorización, excepto que: a) Seasons puede condicionar la prestación de tratamiento relacionado con investigación a la autorización para el uso o divulgación de información de salud protegida con fines de dicha investigación; b) Seasons puede condicionar la prestación de atención médica que tenga como único propósito la creación de información de salud protegida para divulgarla a un tercero a la provisión de autorización para ese tercero; y c) entiendo que podría ser facturado por servicios que de otro modo estarían cubiertos por el seguro si me niego a consentir la divulgación para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, si la ley estatal lo permite.

**INFORMACIÓN QUE NO SE DEBE DIVULGAR**

**AUTORIZACIÓN ESPECÍFICA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA POR LA LEY ESTATAL O FEDERAL**

Entiendo que la información que se divulgará puede incluir información en las siguientes categorías, a menos que yo específicamente niego la divulgación

**Coloque sus iniciales en cualquier categoría que no se divulgará.**

**Deje en blanco si no hay restricciones.**

- \_\_\_\_\_ Abuso de Sustancias
- \_\_\_\_\_ Salud Mental
- \_\_\_\_\_ Información relacionada con el VIH
- \_\_\_\_\_ Pruebas Genéticas/Información

Se me ha ofrecido una copia de este formulario, y se me ha explicado en un idioma que entiendo.

Si no revoco el consentimiento, esta autorización caducará no más de un año a partir de la fecha a continuación, o en la fecha especificada aquí, lo que ocurra primero: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente/Representante Legal \_\_\_\_\_ Parentesco con el cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Solo los clientes mayores de 18 años, o su representante legal, pueden autorizar la divulgación de información de salud mental. Solo los clientes, sin importar su edad, pueden autorizar la divulgación de información sobre abuso de sustancias.**







## Descripción de Servicios

### *Atención Holística Impulsada por la Persona*

Seasons Center cree firmemente que cada individuo, familia, grupo o pareja merece ser tratado con el máximo respeto en su cuidado. Seasons cree que la recuperación es auto dirigida, individualizada, centrada en la persona y ayuda a empoderar al cliente mediante el uso de un enfoque basado en fortalezas y valores que infunde esperanza, respeto y responsabilidad por su propio cuidado y dirección en sus vidas.

La recuperación es el proceso de cambio a través del cual las personas mejoran su salud y bienestar, viven una vida autodirigida y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial.

### **Servicios de crisis**

Nuestros Servicios de Crisis están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana, llamando al 844-345-4569. Brindamos ayuda inmediata cuando una persona atraviesa una crisis de salud mental, ofreciendo evaluación rápida de la crisis, análisis y estabilización. El Equipo de Crisis Móvil puede ser enviado cuando sea necesario para proporcionar una evaluación/intervención presencial de la crisis. Además, se ofrecen Servicios de Crisis más intensivos cuando se requieren, que incluyen sesiones diarias presenciales con un profesional de salud mental, conexión con medicación, asesoramiento y servicios de apoyo entre pares, así como vinculación con servicios continuos dentro de la comunidad.

### **Alex's Place - Centro de Estabilización de Crisis**

Alex's Place ofrece servicios residenciales de estabilización de crisis para adultos de 18 años o más que están experimentando una crisis de salud mental y que no requieren un nivel de atención hospitalaria. El centro de crisis es adecuado para personas que no necesitan hospitalización, pero que requieren ayuda para estabilizar los síntomas y servicios de desarrollo de habilidades para recuperar estabilidad y bienestar. Alex's Place es una instalación de 4 camas que ofrece cuidado supervisado a corto plazo por hasta 5 días, junto con terapia diaria y desarrollo de habilidades.

### **Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT siglas en Ingles)**

ACT es un servicio basado en la comunidad que brinda servicios integrales, coordinados y de alta calidad a personas mayores de 17 años que padecen enfermedades mentales graves. ACT consta de un equipo multidisciplinario que brinda servicios ambulatorios integrados e intensivos para ayudar a las personas a vivir de forma independiente en la comunidad, al tiempo que reduce las hospitalizaciones, el desempleo y el abuso de sustancias.

### **Coordinación de Atención**

La Coordinación de Atención es un servicio "tras bastidores" que los proveedores pueden utilizar para ayudar a los clientes a acceder a los servicios necesarios. Los Coordinadores de Atención actúan como enlaces entre los proveedores para facilitar que las personas y las familias comiencen a recibir estos apoyos y servicios adicionales.

### **Gestión de Casos**

La Gestión de Casos es un enfoque basado en equipos para ayudar a las personas y familias a identificar necesidades y recursos, permitiéndoles participar plenamente en el tratamiento y mantener su seguridad. Un Gestor de Casos trabaja con individuos, familias, proveedores de servicios y otras agencias o personas para crear un plan individualizado que gestione y coordine apoyos, servicios y recursos, promoviendo la salud y el bienestar general del cliente.

### **Servicios de Apoyo Familiar**

Los Servicios de Apoyo Familiar están diseñados para brindar apoyo significativo, educación y desarrollo de habilidades a niños y jóvenes expuestos a traumas, aquellos en riesgo de involucramiento en el sistema, así como a jóvenes en crianza temporal, adopción o cuidado familiar. Los servicios incluyen intervenciones para el desarrollo de habilidades que ayuden a los niños con estrategias de afrontamiento, manejo de conductas, regulación emocional y crecimiento social; oportunidades de cuidado terapéutico de respiro; y apoyo y defensa familiar, acompañando a las familias para atender sus necesidades únicas.



### **Servicios de Enfermería**

Los Enfermeros del Equipo de Atención gestionan y coordinan las necesidades de atención médica del cliente para mejorar su acceso a los servicios y promover su estado de salud. Esto incluye: atención preventiva, establecimiento de metas de salud, cesación de tabaquismo y pérdida de peso. El enfermero actúa como enlace entre los proveedores de atención primaria, los proveedores de especialidades y los proveedores de salud conductual del cliente, para asegurar la integración de la atención médica.

### **Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios**

Los servicios de terapia para pacientes ambulatorios se enfocan en aliviar problemas de salud mental específicos, mejorar el funcionamiento general y prevenir el desarrollo de problemas más serios o perturbadores para el individuo y las personas involucradas en su atención. Todos los terapeutas tienen licencia o son elegibles para obtener una licencia en su disciplina. Con base en la evaluación y la historia social, el terapeuta y la(s) persona(s) desarrollan un plan de tratamiento acordado mutuamente para facilitar el logro de la meta. El proceso de terapia es individualizado y se basa en los recursos, habilidades y limitaciones de las personas que reciben el servicio. Además de la terapia individual, también se brindan servicios ambulatorios en modalidades familiares y/o grupales.

### **Servicios Ambulatorios para Trastornos por uso de Sustancias**

Los servicios para el trastorno por uso de sustancias para pacientes ambulatorios se enfocan en aliviar problemas específicos de abuso/dependencia de sustancias, mejorar el funcionamiento general y prevenir el desarrollo de más servicios o problemas disruptivos para el individuo y sus familias. Todos los consejeros/terapeutas están certificados o son elegibles para la certificación a través de la Certificación de la Junta de Abuso de Sustancias de Iowa. Los servicios están disponibles para jóvenes y adultos. Con base en la evaluación y la historia social, el terapeuta y la(s) persona(s) desarrollan el servicio. Seasons también proporciona evaluaciones DOT (siglas en Ingles).

### **Apoyo entre Pares**

Los Apoyos entre Pares trabajan estrechamente con personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad mental o un trastorno por uso de sustancias, así como con familias en las que un niño ha recibido un diagnóstico de salud mental. Utilizan su propia experiencia vivida de manera positiva para empoderar a las personas y/o familias, enseñándoles habilidades que les ayuden a encontrar su propia voz. Los Apoyos entre Pares ofrecen una variedad de servicios, que incluyen compartir información, asistencia para navegar distintos sistemas, refuerzo de habilidades de afrontamiento, apoyo emocional y ayuda para que las personas y las familias se conviertan en sus propios defensores.

### **Servicios Psiquiátricos**

Los servicios psiquiátricos son proporcionados por psiquiatras, asistentes médicos y/o enfermeras practicantes. Se brinda atención psiquiátrica ambulatoria integral a niños y adultos. El psiquiatra/PA/ARNP diagnostica y trata trastornos psiquiátricos. Los servicios psiquiátricos se completan con el propósito de evaluar síntomas, necesidades, habilidades, discapacidades e historial, diagnosticar enfermedades y determinar las necesidades de tratamiento y servicios de seguimiento. El tratamiento continuo se proporciona a través de la administración de medicamentos para monitorear los efectos de los medicamentos y los efectos secundarios.

### **Servicios en el Ámbito Escolar**

Los servicios en el ámbito escolar incluyen terapia y desarrollo de habilidades, y se proporcionan en escuelas seleccionadas con las que Seasons tiene un contrato formal (consulte nuestro sitio web para la lista completa de escuelas). Los servicios de desarrollo de habilidades son intervenciones para niños de 0 a 18 años que se enfocan en reducir desafíos de salud conductual enseñando habilidades como resolución de conflictos, resolución de problemas, afrontamiento, control de impulsos y desarrollo de relaciones. Los servicios se facturarán al seguro; sin embargo, los contratos que Seasons mantiene con las escuelas pueden cubrir algunos costos de los servicios que el seguro no cubra.



## Salvaguardar los Derechos de las Personas Atendidas Derechos y Responsabilidades

Seasons Center for Behavioral Health sostiene que su obligación principal es mejorar y salvaguardar el bienestar mental de las personas atendidas. Los empleados de Seasons brindarán servicios de manera que respeten y mejoren el sentido de autonomía, privacidad, dignidad, autoestima y participación en el tratamiento de las personas. Los empleados tienen en cuenta las barreras del idioma, las diferencias culturales y los déficits cognitivos y toman medidas para facilitar una participación individual significativa.

### Los Derechos Individuales incluyen:

- Derecho a ser tratado con respeto y dignidad, sin importar su estado de salud, sexo, raza, color, religión, origen nacional, edad, estado civil, orientación sexual o antecedentes de arresto o condena.
- Derecho a recibir atención basada en su situación y necesidades individuales.
- Derecho a que se garantice la calidad de su atención.
- Derecho a la aplicación consistente de las normas y expectativas del programa.
- Derecho a consentir o rechazar los servicios.
- Derecho a rechazar cualquier servicio, tratamiento o medicación, salvo que la ley o una orden judicial lo requiera. Las consecuencias del rechazo serán discutidas con la persona y pueden incluir la suspensión de los servicios.
- Derecho a recibir servicios en un entorno libre de fuerza, amenazas o presión, donde se protejan la autonomía, el respeto y la autodeterminación.
- Derecho a que sus opiniones sean consideradas al tomar decisiones que le afecten.
- Derecho a que las personas legalmente responsables de su bienestar estén plenamente informadas sobre la naturaleza de los servicios/acciones que se brindarán y sus resultados, para que puedan tomar decisiones sobre su participación y/o la de sus hijos.
- Derecho a ser informado sobre el propósito de los servicios que está recibiendo.
- Derecho a ser informado sobre los beneficios, riesgos, efectos secundarios y alternativas a los servicios.
- Derecho a hablar con el personal de crisis por teléfono, independientemente de la edad u otras características demográficas, sin el consentimiento de un tutor; sin embargo, se requiere el consentimiento para tratamiento por parte del cliente o del padre/tutor de un menor para llamadas de crisis móvil.
- Derecho de un menor mayor de 12 años a consentir el tratamiento por uso de sustancias sin el consentimiento de los padres/tutores.
- Derecho, si tiene más de 7 años, a ser informado y tomar decisiones sobre su participación en investigaciones, así como el derecho de que sus padres/tutores las revisen y aprueben.
- Derecho a recibir servicios sin demoras no determinadas clínicamente.
- Derecho a ser atendido en el entorno menos restrictivo posible.
- Derecho a expresar opiniones, presentar quejas y expresar inconformidades sobre los servicios recibidos, y apelar las acciones de la agencia, incluyendo supuestas violaciones de derechos civiles, verbalmente o mediante el Formulario de Apelación Individual, sin riesgo de interferencia o represalia.
- Derecho a acceder a sus registros médicos y a que estos estén protegidos contra invasiones de privacidad. La información se mantendrá confidencial, salvo que se otorgue consentimiento por escrito mediante la firma de un permiso, se emita una orden judicial a Seasons, se divulgue al personal médico en una emergencia médica, o a personas calificadas para investigación, auditoría o evaluación del programa.
- Derecho a redactar directivas anticipadas y a que estas sean respetadas por sus proveedores.

### Las Responsabilidades Individuales incluyen:

- Los individuos proporcionarán a Seasons la información necesaria para su tratamiento, incluyendo su estado de salud, cambios de dirección o número de teléfono, y cobertura de seguro.
- Los individuos participarán activamente en el establecimiento de los objetivos de tratamiento.
- Los individuos cumplirán con las citas programadas y notificarán a Seasons sobre cualquier cambio necesario en las mismas.



- Los individuos informarán a su clínico principal sobre cualquier cambio en la medicación y tomarán los medicamentos según lo recetado.
- Los individuos cumplirán con las sesiones, recomendaciones o tareas asignadas entre sesiones.
- Los individuos consultarán con la farmacia sobre renovaciones de recetas antes de contactar a Seasons Center.
- Los individuos comprenderán la diferencia entre una verdadera emergencia y una condición que requiere atención urgente, y utilizarán la sala de emergencias de manera adecuada.
- Los individuos respetarán la privacidad y confidencialidad de otros clientes.
- Los individuos serán conscientes y respetuosos con otros clientes que acceden a los servicios, así como con el personal de Seasons: no se permitirá el uso de lenguaje ofensivo o vulgar en áreas públicas, violencia física, amenazas de violencia o intimidación, ni vandalismo o destrucción de la propiedad de Seasons Center.
- Además, no se permiten drogas ni alcohol en la propiedad de Seasons.

### **Comportamientos que pueden resultar en la suspensión o terminación de los servicios**

- Los individuos que no llamen ni asistan repetidamente a sus citas sin una comunicación razonable.
- Los individuos que no cumplan con las sesiones, recomendaciones o tareas asignadas entre sesiones.
- Los individuos que no respeten la privacidad y confidencialidad de otros clientes.
- Los individuos que no sean conscientes ni respetuosos con otros clientes que acceden a los servicios, así como con el personal de Seasons: uso de lenguaje ofensivo o vulgar en áreas públicas, violencia física, amenazas de violencia o intimidación, o vandalismo o destrucción de la propiedad de Seasons Center.
- Los individuos que consuman drogas o alcohol en la propiedad de Seasons Center.

**Horario de Atención:** El horario estándar de operación de Seasons Center for Behavioral Health para servicios es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. La disponibilidad de horarios nocturnos depende de los servicios ofrecidos y del proveedor. La Línea de Crisis y los Servicios de Crisis de Seasons Center for Behavioral Health están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al 844-345-4569.

**Prácticas de Tratamiento Prohibidas:** Seasons Center for Behavioral Health no realiza ningún procedimiento de tratamiento experimental; no realiza procedimientos que conlleven riesgos intrínsecos, como terapia convulsiva, psicocirugía o condicionamiento aversivo; y no lleva a cabo programas de demostración de educación pública que involucren equipos audiovisuales o espejos unidireccionales.

**Violación de Derechos:** Los clientes que acceden a los servicios de Seasons aceptan seguir las responsabilidades individuales mencionadas anteriormente. Cualquier persona que considere que las acciones de Seasons Center no cumplen con esta política debe comunicarse con el Director Ejecutivo. Si cree que se han violado sus derechos civiles, también puede presentar una queja ante la División de Asistencia a las Víctimas del Crimen o la Oficina de Derechos Civiles en los siguientes enlaces:

- <https://www.iowaattorneygeneral.gov/manual/chapter-24-discriminationcomplaint-process/civilrights-complaint-process>
- <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

**Dan Ries**

Director ejecutivo



## Seasons Center for Behavioral Health (Seasons) Aviso de Prácticas de Privacidad - Fecha de Vigencia: February 16, 2026

Este aviso se distribuye a los clientes en el momento de la admisión y se encuentra en nuestro sitio web: [www.seasonscenter.org](http://www.seasonscenter.org).

### **Este aviso describe:**

- Cómo se puede usar y divulgar su información médica
- Cómo puede obtener acceso a su información médica

*Por favor revíselo cuidadosamente.*

Cada vez que visita Seasons se crea un registro de su visita. Normalmente, este registro contiene sus síntomas, diagnósticos, tratamiento y un plan para cuidados o tratamientos futuros. Comprender qué información contiene su registro y cómo se utiliza su información de salud le ayuda a garantizar su exactitud. El acceso a la información del registro médico es un asunto clínico. Con frecuencia puede tener preguntas o inquietudes sobre el contenido de su registro médico, las cuales pueden ser atendidas a su satisfacción sin necesidad de revisar o liberar realmente la información del registro. Este enfoque debe considerarse como la primera alternativa. También le ayuda a comprender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otras personas pueden acceder a su información de salud, así como a tomar decisiones más informadas al autorizar la divulgación de dicha información a terceros.

### **Sus Derechos de Información de Salud:**

Aunque su expediente médico es propiedad física de Seasons, la información le pertenece a usted.

**Servicios por Uso de Sustancias:** La ley federal (42 CFR Parte 2) protege la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias.

Tiene derecho a:

- Solicitar y obtener una copia impresa de este aviso
- Solicitar comunicaciones de su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos
- Solicitar inspeccionar y obtener una copia de su expediente médico; sin embargo, si existen motivos para la denegación después de la revisión por parte de su proveedor de servicios, se le proporcionará una explicación de la decisión de denegar el acceso.
- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información; sin embargo, Seasons no está obligado a aceptar una restricción solicitada.
- Solicitar una modificación de su información de salud protegida. Podemos denegar su solicitud por las siguientes razones:
  - No está por escrito o no incluye una razón
  - La información no fue creada por nosotros
  - La información no es parte de la información mantenida para tomar decisiones de atención
  - La información no es parte de la información que se le permite solicitar
  - La información es precisa y completa como está
- Revocar su autorización para usar o divulgar información de salud excepto en la medida en que:
  - Ya se han tomado medidas
  - Se obtuvo autorización como condición para obtener cobertura de seguro médico
- Obtener un informe de las divulgaciones de su información de salud que no pertenezcan al pago, tratamiento u operación de atención médica o su autorización divulgada después del 14 de Abril del 2003

Para tomar cualquiera de las acciones anteriores, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad en 201 East 11th Street, Spencer, IA 51301.

### **Responsabilidades de Seasons:**

Seasons está obligado por ley a:

- Mantener la privacidad de su información médica, que es información protegida de acuerdo con HIPAA, 42 CFR Parte 2 y otros requisitos estatales y federales.
- Proporcionarle este Aviso de privacidad en cuanto a nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted.
- Cumplir con los términos de este aviso.
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada.
- Notificarle si ocurre una violación de información de salud no protegida
- Satisfacer las solicitudes razonables que pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y hacer efectivas las nuevas disposiciones para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, publicaremos un aviso de esto junto con la versión revisada política en nuestras áreas de recepción y le proporcionaremos la política revisada si la solicita a nuestro Oficial de Privacidad. No usaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización, excepto como se describe en este aviso. Tenga en cuenta: Los destinatarios de esta información podrían volver a divulgarla sin la autorización correspondiente, y una vez que la información se divulgue, es posible que ya no esté protegida por las normas federales de privacidad.



**Para Más Información o para Reportar un Problema:**

Si tiene preguntas y desea obtener información adicional, puede comunicarse con Seasons al 712-262-2922 o al 800-242-5101. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante el Funcionario de Privacidad de Seasons al 201 E 11th St., Spencer, IA 51301. No hay represalias por presentar una queja.

**Ejemplos de Divulgaciones para Tratamientos, Pagos y Operaciones de Salud:**

Podemos divulgar su información médica privada (PHI siglas en Ingles) en las siguientes circunstancias:

- **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 utilizará para determinar el curso de tratamiento que debería funcionar mejor para usted. Los miembros de su equipo de atención médica registrarán las acciones que tomaron y sus observaciones.
- **Pago:** Se le puede enviar una factura a usted o a un tercero pagador. La información en la factura o que la acompañe puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados.
- **Operaciones Regulares de Salud:** Los miembros del personal médico, el control de calidad o los miembros de un equipo de mejora calificada pueden usar la información de su expediente médico para evaluar la atención y los resultados en su caso y otros similares. Luego, esta información se utilizará en un esfuerzo por mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la atención médica y el servicio que brindamos.
- **Con Autorización:** Podemos divulgar su información de salud a miembros de su familia y aquellos que usted haya autorizado. A menos que usted se oponga, podemos divulgar información de salud a familiares o representantes legales que estén involucrados en su atención o en el pago de su atención; sin embargo, es nuestra política obtener su autorización para todas las divulgaciones de información siempre que sea posible. Si no puede aceptar u objetar dicha divulgación, nuestros profesionales de la salud, utilizando su mejor criterio, pueden divulgar información si se determina que es lo mejor para usted según lo permitido por las leyes de confidencialidad (HIPAA y 42 CFR Parte 2).
- **Compensación de Trabajadores:** Podemos divulgar información de salud en la medida en que lo autorice y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similares establecidos por ley.
- **Salud Pública:** Según lo exige la ley, podemos divulgar su información de salud a las autoridades legales o de salud pública responsables de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- **Institución Correccional:** Si usted es un recluso de una institución correccional, podemos divulgar a la institución o a los agentes allí la información de salud necesaria para su salud y la salud y seguridad de otras personas.
- **Socios Comerciales:** Hay algunos servicios que se brindan en nuestra organización a través de contratos con socios comerciales. Los ejemplos incluyen ciertos laboratorios médicos para pruebas, farmacias, firmas de contabilidad y soporte informático. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información de salud a nuestro socio comercial para que pueda realizar el trabajo que le hemos pedido y facturarle a usted o a su tercero pagador por los servicios prestados. Sin embargo, para proteger su información de salud, requerimos que el socio comercial proteja adecuadamente su información.
- **Investigación:** Podemos divulgar información a investigadores cuando una junta de revisión institucional haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud haya aprobado su investigación.
- **Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA siglas en Ingles):** Podemos divulgar a la FDA información de salud relacionada con los efectos adversos de los medicamentos o información de vigilancia posterior a la comercialización para permitir la retirada de productos.
- **Notificación:** Es posible que nos comuniquemos con usted para proporcionarle recordatorios de citas, información sobre alternativas de tratamiento, otros beneficios relacionados con la salud y/o servicios que puedan ser de su interés.
- **Cumplimiento de la Ley:** Podemos divulgar información de salud para fines de cumplimiento de la ley según lo exija la ley o en respuesta a una citación válida. La ley federal prevé que su información de salud se divulgue a una agencia de supervisión de salud, autoridad de salud pública o abogado correspondiente, siempre que un miembro de la fuerza laboral o un socio comercial crea de buena fe que nos hemos involucrado en una conducta ilegal o que hemos violado de otra manera las normas profesionales o clínicas. y están potencialmente poniendo en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o al público.
- **Emergencia:** Si ha indicado a través de sus palabras o acciones que es un peligro para usted mismo o para otra persona, o que ha habido un incidente de abuso de niños o adultos, estamos obligados por ley a informar esto a las autoridades correspondientes. como la policía o el DHS (siglas en Ingles).
- **El Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos (DHHS siglas en Ingles):** Según las normas de privacidad, debemos divulgar su información médica a DHS según sea necesario para que determinen nuestro cumplimiento con esas normas.
- **Procedimientos Judiciales:** Los registros, o los testimonios que transmitan el contenido de dichos registros, no podrán ser utilizados ni divulgados en ningún procedimiento civil, administrativo, penal o legislativo en su contra, a menos que se base en su consentimiento escrito específico o en una orden judicial. Los registros solo podrán ser utilizados o divulgados mediante una orden judicial después de que se le haya notificado y se le haya dado la oportunidad de ser escuchado a usted (el paciente) y/o al titular del registro, según lo requerido por 42 USC §290dd-2 y 42 CFR Parte 2. Una orden judicial que autorice el uso o la divulgación debe ir acompañada de una citación u otro mandato legal similar que obligue a la divulgación antes de que el registro sea utilizado o divulgado. Si se le ordenó recibir tratamiento a través del sistema legal penal (incluyendo tribunales de drogas, libertad condicional o libertad supervisada) y usted firma un consentimiento que autoriza divulgaciones a elementos del sistema legal penal, como el tribunal, oficiales de libertad condicional o supervisada, fiscales u otras autoridades, su derecho a revocar el consentimiento puede ser más limitado y debe explicarse claramente en el consentimiento que usted firme.



## Instrucciones Anticipadas Psiquiátricas

### **¿Qué es una Directiva Anticipada Psiquiátrica (PAD siglas en Ingles)?**

Una Directiva Anticipada Psiquiátrica (PAD siglas en Ingles) es un documento legal que permite a una persona dirigir su atención médica en caso de que no pueda tomar o comunicar decisiones de atención médica, incluida la atención médica mental.

### **¿Cuáles son algunos de los beneficios de tener un PAD?**

Existen múltiples beneficios por tener un PAD, como brindar apoyo legal adicional para su derecho a elegir su propio tratamiento. Los PAD también le brindan la oportunidad de hablar sobre la planificación y la recuperación con familiares, amigos y proveedores, brinda a los proveedores que quizás no lo conozcan bien información que los ayudará a brindarle una mejor atención, le permite dar su aprobación por adelantado para quién puede recibir /divulgar su información médica, y puede establecer arreglos legales para el cuidado de sus hijos, finanzas y mascotas en un momento de crisis.

### **¿Puedo escribir una directiva anticipada psiquiátrica legalmente vinculante (PAD siglas en Ingles) en el estado de Iowa?**

Sí, mediante el nombramiento de un agente. El estatuto de poder notarial duradero para atención médica de Iowa le permite designar a un agente (llamado "abogado de hecho") para que tome decisiones de atención médica por usted si se vuelve incompetente para tomar esas decisiones por sí mismo. La "atención de la salud" puede incluir la atención de la salud mental. Un formulario recomendado para este propósito se llama Poder Notarial Duradero. El formulario no es obligatorio, pero se recomienda.

### **Antes de seguir mi PAD, ¿necesitarían mis proveedores de atención de salud mental que un tribunal determinara que no soy competente para tomar una determinada decisión?**

No. El estatuto no especifica ningún procedimiento en particular mediante el cual su PAD entre en vigencia. En la práctica, se seguirá su PAD siempre que sus proveedores consideren que usted mismo no puede comprender o comunicar las decisiones de tratamiento.

### **¿El estatuto dice algo sobre cuándo mis proveedores de salud mental pueden negarse a seguir mi PAD?**

Sí. Su proveedor podría negarse a seguir las instrucciones del abogado de hecho en una emergencia. Una "emergencia" incluye una situación en la que una persona se considera un peligro para sí misma o para los demás.

*Si desea obtener más información o tiene preguntas, comuníquese a su proveedor.*

\* La información anterior se obtuvo del Centro Nacional de Recursos sobre Directivas Anticipadas Psiquiátricas: <http://www.nrc-pad.org/states/iowa-faq> and SAMHSA's webinar: Recovery to Practice - Psychiatric Advance Directives, Siebert