



The Baltimore Therapy Center, LLC
103 Old Court Rd. Suite A
Baltimore, MD 21208
443-598-BTC1 (2821)

PROGRAMA PARA PERSONAS MALTRATADAS (APP)

Programa de Intervención de Abuso

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Por favor lea detalladamente, llene y firme este documento en su totalidad. Usted debe de bajar con el cursor y completar todas las casillas para poder firmar electrónicamente el documento.

Después de haber firmado el documento usted será requerido de subir una foto de su identificación o escanear su identificación (por ejemplo, su licencia de conducir), su tarjeta azul de la previa al juicio (pretrial) si es que ha sido referido por el servicio de previo al juicio (servicios de pretrial), y una prueba de ingresos si es que esta aplicando para una reducción de cuota.

No esta requerido a usar este medio de firmar electrónicamente para participar en el programa si usted prefiere puede pedir venir en persona a firmar los papeles.

Hay un video que está disponible en es.rockvilleapp.com/forms-video el cual explica todo el contenido en las paginas de este documento y de como llenarlo.

PROGRAMA PARA PERSONAS MALTRATADAS (APP)
Programa de Intervención de Abuso “Nuevos Comienzos”

El programa de asesoramiento y orientación terapéutica “Nuevos Comienzos” (“New Beginnings”) está dirigido a personas que han cometido algún tipo de abuso con sus parejas. El programa está destinado a aquellos individuos que no desean continuar con dichas conductas abusivas y quieren, asimismo, acabar con cualquier tipo de violencia doméstica en sus relaciones personales. El programa ofrece la oportunidad de compartir experiencias con otras personas que tienen problemas de naturaleza similar, permite aprender a reconocer y evitar conductas abusivas, a poder comunicarse mejor, y a construir relaciones igualitarias y satisfactorias. Los participantes pueden haber elegido su participación en el programa “Nuevos Comienzos,” de manera voluntaria, o pueden estar cumpliendo con los requisitos establecidos por agencias gubernamentales tales como los Tribunales de Justicia, el Departamento de Libertad Condicional y Probatoria, el Departamento de Correcciones, o de la Oficina del Fiscal General del Estado. Antes de comenzar el asesoramiento y la orientación terapéutica, los participantes completan una entrevista inicial, firman documentos que autorizan a compartir la información brindada, y este contrato.

Mediante la firma de este documento, manifiesto mi conformidad con las siguientes condiciones del Programa:

1. La pareja del participante o la persona que haya sido objeto de abuso será informada sobre la inscripción de esa persona en el Programa de Intervención para el Ofensor, sobre la participación en el proceso terapéutico y sobre el cumplimiento de los requisitos del programa. Además, se le proporcionará información en caso de que el participante no cumpla con las condiciones del programa y/o rechace seguir las pautas terapéuticas establecidas. Los participantes están obligados a firmar una autorización para la divulgación de información a tal efecto. De igual modo, la pareja será contactada por personal del programa responsable de obtener su versión directa sobre incidentes de violencia que hayan ocurrido en esa relación. A su vez, se le informará acerca de los servicios disponibles que el Programa pueda prestarle. La información sobre usted que se le brindará a su pareja será estrictamente limitada a las áreas específicas antes mencionadas. (Por ejemplo, él/ella no podrá obtener información que usted haya revelado en las sesiones de terapia).
2. Si un cliente es referido al programa por un tribunal o una agencia gubernamental, dicha entidad será notificada por escrito acerca del cumplimiento del participante con el programa. También será informada sobre la adhesión o no de la persona a las normas establecidas, además de las razones de incumplimiento.
3. Los participantes deberán expresar su reconocimiento explícito de que el abuso es inapropiado y constituye una forma de conducta criminal. Además, deberán expresar su deseo de comprometerse a aprender estrategias no violentas para resolver problemas de relación entre personas. Los participantes que no muestren su total disposición a adoptar estos compromisos serán excluidos del Programa. Aquellos nuevos incidentes de abuso serán considerados con gran rigor por parte del Programa, requiriendo así terapia adicional. El sistema criminal de justicia, asimismo, impone penalidades para esos casos de reincidencia.

4. El costo de los servicios terapéuticos tanto individual como grupal, se establecerá de acuerdo a los parámetros determinados para APP por los Servicios Humanos y de Salud del Condado de Montgomery. (“Montgomery County Health and Human Services”). Está basado en el costo real del servicio y en la capacidad de la persona para afrontar el pago. Aquellos clientes que no cumplan con el pago en el plazo establecido o que no proporcionen el informe de ingresos familiares adecuado, podrán ser excluidos del programa. La falta de pago (excepto en el caso de emergencias) será considerado como un incumplimiento con el programa. No se cobran pagos por sesiones perdidas.
5. Puntualidad/Retrasos: Los participantes deberán cumplir con puntualidad los horarios establecidos para todas las sesiones. Se considerará que aquellos participantes que lleguen con más de diez minutos de retraso a la sesión programada no han asistido a la misma, y por tanto deberán repetirla.
6. Confidencialidad: Si usted forma parte de un grupo, su participación en el mismo es confidencial. Aunque recomendamos a los participantes practicar ejercicios de comunicación, las identidades, datos y situaciones de los otros miembros del grupo no deberán ser compartidas con nadie fuera del mismo. Los líderes quebrantarán las reglas de confidencialidad solo en casos de daño inminente a sí mismo o a otros, o en el caso de que se sospeche razonablemente de abuso de un menor o un adulto vulnerable.
7. Cooperación/Disrupciones: Si usted forma parte de un grupo, los líderes tienen la responsabilidad de excluir a cualquier persona que ellos juzguen que no se está beneficiando de su participación en el grupo o que está interfiriendo en el progreso del mismo. Esta eliminación que se produce normalmente tras una advertencia conllevará la exclusión de la persona del programa. Todos los dispositivos electrónicos deben estar apagados al ingresar al grupo.
8. Asistencia a las Sesiones: Si Usted asiste a sesiones de terapia en forma individual, su consejero/terapeuta elaborará un plan de asistencia junto con Usted. Se le asignará a un Grupo de Fase I que se reúne la misma noche cada semana durante 6 semanas. Después de completar la Fase I, se le asignará a un grupo de la Fase II. Su asistencia a la Fase II será un mínimo de 16 semanas. Cada reunión dura 1 hora y media. Los participantes pueden ser excusados por hasta 6 ausencias a discreción del director del programa. Sin embargo, todos los clientes deben asistir a 6 sesiones en la Fase I antes de pasar a la Fase II y 16 sesiones en la Fase II para cumplir con el programa.

Es su responsabilidad notificar al programa si no puede asistir a grupos por alguna razón. Si no asiste por 3 semanas consecutivas y no tenemos noticias suyas, será despedido del programa.

Ninguna persona que esté bajo la influencia de alcohol o drogas será admitido, bajo ningún concepto, en las sesiones de terapia.
9. El consejero de admisión tiene la responsabilidad de determinar si es necesario algún servicio adicional (por ejemplo, abuso de sustancias, medicación psiquiátrica, etc.) o evaluación además del Programa de Intervención de Abuso. El incumplimiento de las recomendaciones del consejero resultará en el despido del programa.

Reglas adicionales para grupos en línea:

1. Debe estar en línea, a tiempo y despierto durante todo el tiempo del grupo, con su video encendido y su rostro visible.
2. No participe en otras actividades durante el tiempo de grupo (por ejemplo: mensajes de texto, redes sociales, correo electrónico, juegos, etc.)
3. Debe estar en un área privada, sin otras personas presentes si es posible. Si no puede estar solo, le pedimos que use audífonos para proteger la confidencialidad de los demás.
4. Debe estar sentado durante el grupo, no caminando ni acostado.
5. No tenga niños o mascotas en la habitación con usted.
6. No comer durante el grupo. Puede beber bebidas no alcohólicas.
7. Debe estar vestido como si asistiera al grupo en persona.
8. No se permite la grabación de audio o video de ninguna de las sesiones en línea por parte de ninguna de las partes.
9. Debe estar ubicado físicamente en Maryland mientras participa en el grupo (incluso si está participando virtualmente).

Aceptación: He leído el contenido del Programa de Intervención para el Ofensor “Nuevos Comienzos” y me comprometo a respetar el contrato de participación en el mismo.

Rechazo: Habiendo leído y discutido el contrato de participación, he decidido no formar parte del Programa de Intervención para el Ofensor. Soy conocedor del hecho de que mi decisión será notificada a cualquier tribunal o agencia oficial.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

PROGRAMA PARA PERSONAS MALTRATADAS (APP)
Programa de Intervención de Abuso “Nuevos Comienzos”

ACUSE DE RECIBO DE HIPAA Y FORMA DE DESIGNACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

I. Acuse de recibo del *Aviso de Prácticas de Privacidad* del Departamento:

Al firmar con mi nombre abajo, reconozco que me han proporcionado una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad (NOPP, por sus siglas en inglés) y que leí (o tuve la oportunidad de leer) y entendí el Aviso de las Prácticas de Privacidad (NOPP) y estoy de acuerdo con sus términos.

Nombre

Firma

Fecha

II. Solicitud para recibir comunicación confidencial por medios alternativos:

Tal como lo establece la Norma de Privacidad Sección 164.522(b), solicito que DHHS haga todas las comunicaciones conmigo por medios alternativos o en las ubicaciones que enlisto abajo.

Puede solicitar comunicarse con un contratista de AIP por medio de los métodos sin encriptar como correos electrónicos y mensajes de textos. Si usted opta por usar métodos de comunicación sin encriptar, por favor tenga en cuenta que cualquier computador, correo electrónico sin encriptar o mensaje de textos se pueden acceder por personas no autorizadas y puede comprometer la privacidad y confidencialidad de dicha comunicación.

Correos electrónicos sin encriptar y mensajes de textos son vulnerable al acceso de personas no autorizadas debido a que los servidores o compañías de comunicación puede que tengan ilimitado y acceso directo a todos los correos electrónicos y mensajes de textos que pasan por ellos. Los siguientes son algunos de los riesgos integrados al usar este medio:

- Un correo electrónico sin encriptar o un mensaje de texto puede enviarse por equivocación a la persona equivocada, puede ser visto por alguna persona in tu hogar o trabajo, o intencionalmente interceptado por un tercero.
- Compañías de comunicación (Google, por ejemplo) podrían tener el acceso a las cuentas de correo electrónico y mensajes de textos.
- Computadoras, tabletas y teléfonos celulares pueden ser perdidos o robados.

Estos riesgos existen en ambos mensajes sin encriptar que le envía a su proveedor, y a aquellos que tu proveedor le envía a usted. (Correos electrónicos que recibirá de AIP pueden ser encriptados a su solicitud). Con intención de hacer hincapié en las posibilidades de enviar algo a una persona equivocadamente por parte del contratista de AIP, todos los correos electrónicos tendrán un mensaje que soporta el descargo de responsabilidad en caso de enviar un correo electrónico al destinatario equivocado, toda la información confidencial en computadoras, tabletas, y teléfonos celulares tiene una contraseña para protección. Las computadoras de AIP están equipadas con antivirus y una contraseña. La información del cliente es guardada en una nube de HIPPA asegurada. Los intercambios de correos electrónicos y mensajes de textos entre usted y su proveedor vienen siendo parte de sus registros los cuales están sujeto a todos las leyes y derechos de acceso, así como también cualquier otra parte de sus registros.

Usted no está obligado a usar cualquiera de estos métodos de comunicación para recibir tratamiento. Usted tiene derecho de solicitar comunicación sin encriptar y luego revocarla en cualquier momento dado. Si inicia comunicación con su proveedor por medio de métodos sin encriptar, asumiremos que usted ha tomado una decisión informada para usar dichos métodos de comunicación, lo interpretamos como si está de acuerdo con aceptar los riesgos asociados con dichos métodos de comunicación, y honoramos si es su deseo el comunicarse usando estos métodos. Usted también tiene la opción de optar comunicarse electrónicamente vía iPlum, el cual es una aplicación de mensajes de textos encripta y segura para (Apple/Android), y mandarnos mensajes por medio de la aplicación al 240-906-0121.

Número de Teléfono (casa): _____

- Está bien dejar un mensaje con información detallada.
 Solo deje un número o números de teléfono para regresar la llamada.

- Por favor use el siguiente número para comunicarse conmigo por mensajes de texto.
 Por favor NO se comuniqué conmigo por mensajes de textos.

Número Celular: _____

- Está bien dejar un mensaje con información detallada.
 Solo deje un número o números de teléfono para regresar la llamada.

- Por favor use la siguiente dirección de correo electrónico para comunicarse conmigo por correo electrónico.
 Por favor NO se comuniqué conmigo por medio de correos electrónicos

Dirección de correo electrónico: _____

1. Las autorizaciones anteriores son voluntarias y puedo negarme a sus términos sin afectar ninguno de mis derechos a recibir asesoramiento en el Departamento..
2. Estas Autorizaciones pueden ser revocadas en cualquier momento notificando al Departamento por escrito en la dirección postal de los Departamentos marcada a la atención de "Oficial de Privacidad de la HIPAA".
3. La revocación de esta autorización no tendrá ningún efecto en las divulgaciones que ocurran antes de la ejecución de cualquier revocación.
4. Yo podré ver y copiar la información descrita en este formulario, si la pido, y obtendré una copia de este formulario después de firmarlo.
5. Esta forma fue completamente rellena antes de que la firmara y reconozco que todas mis preguntas fueron contestadas a mi satisfacción, que totalmente entiendo esta forma de la autorización y he recibido una copia ejecutada.
6. Esta autorización es válida a partir de la fecha que he firmado a continuación y seguirá siendo válida hasta que se cambie o se revoque.

Nombre

Firma

Fecha

INFORMACIÓN, ACUERDO Y CONSENTIMIENTO DE TELESALUD

Las sesiones de Telesalud están diseñadas para administrar las terapias como una alternativa a las sesiones en persona. Esto permite que su terapia no se vea interrumpida por enfermedades, desastres naturales o nuestro requisito actual de distanciamiento social. La terapia es más efectiva si es constante, y participa en las sesiones de Telesalud ayudará a garantizar un progreso continuo hacia sus metas.

Requisitos de Telesalud:

1. Se han realizado esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado al uso de servicios de telesalud. Todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo HIPAA se aplican a la información divulgada durante su servicio de telesalud. Las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de su información médica protegida (PHI) también se aplican a la telesalud a menos que se aplique una excepción a la confidencialidad (es decir, informe obligatorio de abuso de niños, ancianos o adultos vulnerables; peligro para sí mismo o para otros).
2. No se permite la grabación de audio o video de ninguna de las sesiones en línea por ninguna de las partes.
3. Las invitaciones a las sesiones de telesalud se enviarán por correo electrónico y se puede usar una tableta, computadora de escritorio o teléfono inteligente para conectarse.
4. Las sesiones de telesalud / video son voluntarias. Puede optar por recibir servicios en persona cuando se ofrecen dichos servicios. Si no tiene acceso o se siente incómodo con la plataforma de telesalud, informe a su terapeuta.
5. Debe informar a su consejero de la dirección donde se encuentra al inicio de cada sesión en caso de emergencia. El consejero no podrá brindarle servicios si se encuentra fuera de Maryland.
6. Si es posible, instálese en una habitación tranquila sin distracciones como la televisión, la familia, los hermanos o las mascotas. Debe informar al terapeuta si hay otras personas en la habitación con usted. Su terapeuta debe informarle si hay otras personas presentes en la sala con ellos durante la sesión. Debe aprobar verbalmente a la persona que está en la sala antes de que la sesión de asesoramiento pueda continuar. Si una persona ingresa a la habitación durante la sesión, el terapeuta pausará brevemente la sesión para proteger la confidencialidad.
7. Debe estar vestido como si asistiera al grupo en persona.
8. Solución de problemas: espere tomar algún tiempo durante la primera sesión de video para solucionar problemas y sentirse cómodo con la plataforma. Si hay desafíos, usted y su terapeuta los resolverán juntos.

RIESGOS DE RECIBIR SERVICIOS DE SALUD TELEMENTAL

Los servicios de salud telemental pueden verse afectados por fallas técnicas, pueden presentar riesgos para su privacidad y pueden reducir la capacidad de su proveedor de servicios para intervenir directamente en crisis o emergencias. Aquí hay una lista no exhaustiva de ejemplos:

- Las conexiones a Internet y los servicios en la nube podrían dejar de funcionar o volverse demasiado inestables para su uso.
- El personal de servicio basado en la nube, los asistentes de TI y los actores malintencionados ("piratas informáticos") pueden tener la capacidad de acceder a su información privada que se transmite o almacena en el proceso de prestación de servicios de salud telemental.
- El hardware de la computadora o del teléfono inteligente puede tener fallas repentinas o quedarse sin energía, o los servicios de energía locales pueden fallar.
- Las interrupciones pueden interrumpir los servicios en momentos importantes y es posible que su proveedor no pueda comunicarse con usted rápidamente o usar las herramientas más efectivas.

Nombre

Firma

Fecha

AUTORIZACION PARA LIBERAR/RECIBIR INFORMACION

Montgomery County Department of Health and Human Services



Área del Programa/Servicio BHCS Abused Persons Program

Dirección 1301 Piccard Drive, Suite 1400 Teléfono 240-777-4210

Rockville, Maryland 20850 FAX 240-777-4860

Por favor use letra de molde para toda la información. Use una hoja separada para cada persona o agencia.

Nombre Completo del Cliente	Fecha de Nacimiento	Sex <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<p>1. El arriba mencionado programa del Montgomery County Department of Health and Human Services (DHHS) (Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery) tiene mi permiso para:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Enviar a <input checked="" type="checkbox"/> Recibir de <input checked="" type="checkbox"/> Discutir verbalmente la información verificada abajo con:</p> <p>Agencia/Individuo: <input type="checkbox"/> División de Libertad Condicional y Libertad Vigilada <input type="checkbox"/> Preliminares Servicios</p> <p> <input type="checkbox"/> Oficina del Fiscal Estado <input type="checkbox"/> Centro de Pre-Lanzamiento <input type="checkbox"/> Servicios de Bienestar Infantil</p> <p> <input type="checkbox"/> Tribunal de Distrito/Circuito/Juvenil <input type="checkbox"/> Consejo de Violencia Familiar del Gobernador de MD</p> <p> <input type="checkbox"/> Peticionario/Víctima (nombre:) _____</p> <p> <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>		
<p>2. Ponga una inicial en todos los temas cubiertos por esta liberación.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Reconocimiento de haber recibido servicios</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Expediente o registro completo del programa (incluye todos los temas de abajo)</p> <p> <input type="checkbox"/> Evaluación de Admisión <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento <input type="checkbox"/> Notas de Progreso <input type="checkbox"/> Diagnóstico</p> <p> <input type="checkbox"/> Evaluación Siquiátrica <input type="checkbox"/> Resumen de Servicios <input type="checkbox"/> Evaluación Sicológica</p> <p> <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio <input type="checkbox"/> Expediente de Medicación <input type="checkbox"/> Antecedentes y Examen Físico.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Archivos sobre tratamiento recibido por alcohol u otras drogas.</p> <p> <i>Especifique abajo y adjunte la "Nota para prohibir que archivos sean divulgados nuevamente".</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Resumen de los resultados de los exámenes, e historia <input type="checkbox"/> Resumen del progreso, y de cumplimiento de tratamiento y plan de servicio</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Otros (especifique): Expedientes enviados a DHHS de otros proveedores y contenidos en el expediente del programa.</p> <p> _____</p>		
<p>3. Razón por la que se comparte esta información: Evaluación y coordinación de servicios</p>		
<p>4. Esta autorización es válida (Verifique solamente una que no exceda de un año))</p> <p><input type="checkbox"/> hasta _____ (fecha) <input type="checkbox"/> por 90 días <input checked="" type="checkbox"/> hasta que se cumplan estas condiciones: <u>disposición final del caso de que</u> <u>cliente fue referido al programa</u></p>		
<p>5. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito al personal del programa DHHS. La revocación será efectiva en la fecha que sea recibida por DHHS y no aplica a la información que ya haya sido usada o revelada. DHHS no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para las prestaciones de servicios basándose en que firme esta autorización, a menos que una autorización sea requerida para determinar la elegibilidad para servicios o beneficios. Entiendo que si las personas u organizaciones que autorice a recibir y/o usar mi información de salud no están sujetas a las leyes de privacidad federales o Estatales, esta información pudiera ya no estar protegida y podría ser revelada. Yo entiendo que si esta autorización se refiere a los archivos sobre el tratamiento por alcohol u otras drogas protegidos por las regulaciones federales citadas en la parte 2 del 42 CFR, yo puedo oralmente revocar esta autorización, y mis archivos no podrán ser divulgados nuevamente sin mi consentimiento escrito, o en las maneras permitidas por las regulaciones.</p>		
_____ Firma del Cliente	_____ Fecha	
_____ Firma del padre, guardián u otra persona autorizada	_____ Fecha	
Si está firmada por otra persona autorizada, por favor describa la autoridad para actuar a nombre del cliente.		
_____ Firma del miembro del personal de DHHS	_____ Fecha	

AUTORIZACION PARA LIBERAR/RECIBIR INFORMACION

Montgomery County Department of Health and Human Services



Área del Programa/Servicio BHCS Abused Persons Program

Dirección 1301 Piccard Drive, Suite 1400 Teléfono 240-777-4210

Rockville, Maryland 20850 FAX 240-777-4860

Por favor use letra de molde para toda la información. Use una hoja separada para cada persona o agencia.

Nombre Completo del Cliente	Fecha de Nacimiento	Sex <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<p>1. El arriba mencionado programa del Montgomery County Department of Health and Human Services (DHHS) (Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery) tiene mi permiso para:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Enviar a <input checked="" type="checkbox"/> Recibir de <input checked="" type="checkbox"/> Discutir verbalmente la información verificada abajo con:</p> <p>Agencia/Individuo: <input type="checkbox"/> División de Libertad Condicional y Libertad Vigilada <input type="checkbox"/> Preliminares Servicios</p> <p> <input type="checkbox"/> Oficina del Fiscal Estado <input type="checkbox"/> Centro de Pre-Lanzamiento <input type="checkbox"/> Servicios de Bienestar Infantil</p> <p> <input type="checkbox"/> Tribunal de Distrito/Circuito/Juvenil <input type="checkbox"/> Consejo de Violencia Familiar del Gobernador de MD</p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Peticionario/Víctima (nombre:) _____</p> <p> <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>		
<p>2. Ponga una inicial en todos los temas cubiertos por esta liberación.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Reconocimiento de haber recibido servicios</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Expediente o registro completo del programa (incluye todos los temas de abajo)</p> <p> <input type="checkbox"/> Evaluación de Admisión <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento <input type="checkbox"/> Notas de Progreso <input type="checkbox"/> Diagnóstico</p> <p> <input type="checkbox"/> Evaluación Siquiátrica <input type="checkbox"/> Resumen de Servicios <input type="checkbox"/> Evaluación Sicológica</p> <p> <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio <input type="checkbox"/> Expediente de Medicación <input type="checkbox"/> Antecedentes y Examen Físico.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Archivos sobre tratamiento recibido por alcohol u otras drogas.</p> <p> <i>Especifique abajo y adjunte la "Nota para prohibir que archivos sean divulgados nuevamente".</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Resumen de los resultados de los exámenes, e historia <input type="checkbox"/> Resumen del progreso, y de cumplimiento de tratamiento y plan de servicio</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Otros (especifique): Expedientes enviados a DHHS de otros proveedores y contenidos en el expediente del programa.</p> <p> _____</p>		
<p>3. Razón por la que se comparte esta información: Evaluación y coordinación de servicios</p>		
<p>4. Esta autorización es válida (Verifique solamente una que no exceda de un año))</p> <p><input type="checkbox"/> hasta _____ (fecha) <input type="checkbox"/> por 90 días <input checked="" type="checkbox"/> hasta que se cumplan estas condiciones: <u>disposición final del caso de que</u> <u>cliente fue referido al programa</u></p>		
<p>5. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito al personal del programa DHHS. La revocación será efectiva en la fecha que sea recibida por DHHS y no aplica a la información que ya haya sido usada o revelada. DHHS no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para las prestaciones de servicios basándose en que firme esta autorización, a menos que una autorización sea requerida para determinar la elegibilidad para servicios o beneficios. Entiendo que si las personas u organizaciones que autorice a recibir y/o usar mi información de salud no están sujetas a las leyes de privacidad federales o Estatales, esta información pudiera ya no estar protegida y podría ser revelada. Yo entiendo que si esta autorización se refiere a los archivos sobre el tratamiento por alcohol u otras drogas protegidos por las regulaciones federales citadas en la parte 2 del 42 CFR, yo puedo oralmente revocar esta autorización, y mis archivos no podrán ser divulgados nuevamente sin mi consentimiento escrito, o en las maneras permitidas por las regulaciones.</p>		
_____ Firma del Cliente	_____ Fecha	
_____ Firma del padre, guardián u otra persona autorizada	_____ Fecha	
Si está firmada por otra persona autorizada, por favor describa la autoridad para actuar a nombre del cliente.		
_____ Firma del miembro del personal de DHHS	_____ Fecha	

AUTORIZACION PARA LIBERAR/RECIBIR INFORMACION

Montgomery County Department of Health and Human Services



Área del Programa/Servicio BHCS Abused Persons Program

Dirección 1301 Piccard Drive, Suite 1400 Teléfono 240-777-4210

Rockville, Maryland 20850 FAX 240-777-4860

Por favor use letra de molde para toda la información. Use una hoja separada para cada persona o agencia.

Nombre Completo del Cliente	Fecha de Nacimiento	Sex <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<p>1. El arriba mencionado programa del Montgomery County Department of Health and Human Services (DHHS) (Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery) tiene mi permiso para:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Enviar a <input checked="" type="checkbox"/> Recibir de <input checked="" type="checkbox"/> Discutir verbalmente la información verificada abajo con:</p> <p>Agencia/Individuo: <input type="checkbox"/> División de Libertad Condicional y Libertad Vigilada <input type="checkbox"/> Preliminares Servicios</p> <p> <input type="checkbox"/> Oficina del Fiscal Estado <input type="checkbox"/> Centro de Pre-Lanzamiento <input type="checkbox"/> Servicios de Bienestar Infantil</p> <p> <input type="checkbox"/> Tribunal de Distrito/Circuito/Juvenil <input checked="" type="checkbox"/> Consejo de Violencia Familiar del Gobernador de MD</p> <p> <input type="checkbox"/> Peticionario/Víctima (nombre:) _____</p> <p> <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>		
<p>2. Ponga una inicial en todos los temas cubiertos por esta liberación.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Reconocimiento de haber recibido servicios</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Expediente o registro completo del programa (incluye todos los temas de abajo)</p> <p> <input type="checkbox"/> Evaluación de Admisión <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento <input type="checkbox"/> Notas de Progreso <input type="checkbox"/> Diagnóstico</p> <p> <input type="checkbox"/> Evaluación Siquiátrica <input type="checkbox"/> Resumen de Servicios <input type="checkbox"/> Evaluación Sicológica</p> <p> <input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio <input type="checkbox"/> Expediente de Medicación <input type="checkbox"/> Antecedentes y Examen Físico.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Archivos sobre tratamiento recibido por alcohol u otras drogas.</p> <p> <i>Especifique abajo y adjunte la "Nota para prohibir que archivos sean divulgados nuevamente".</i></p> <p> <input type="checkbox"/> Resumen de los resultados de los exámenes, e historia <input type="checkbox"/> Resumen del progreso, y de cumplimiento de tratamiento y plan de servicio</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Otros (especifique): Expedientes enviados a DHHS de otros proveedores y contenidos en el expediente del programa.</p> <p> _____</p>		
<p>3. Razón por la que se comparte esta información: Evaluación y coordinación de servicios</p>		
<p>4. Esta autorización es válida (Verifique solamente una que no exceda de un año))</p> <p><input type="checkbox"/> hasta _____ (fecha) <input type="checkbox"/> por 90 días <input checked="" type="checkbox"/> hasta que se cumplan estas condiciones: <u>disposición final del caso de que</u> <u>cliente fue referido al programa</u></p>		
<p>5. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito al personal del programa DHHS. La revocación será efectiva en la fecha que sea recibida por DHHS y no aplica a la información que ya haya sido usada o revelada. DHHS no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para las prestaciones de servicios basándose en que firme esta autorización, a menos que una autorización sea requerida para determinar la elegibilidad para servicios o beneficios. Entiendo que si las personas u organizaciones que autorice a recibir y/o usar mi información de salud no están sujetas a las leyes de privacidad federales o Estatales, esta información pudiera ya no estar protegida y podría ser revelada. Yo entiendo que si esta autorización se refiere a los archivos sobre el tratamiento por alcohol u otras drogas protegidos por las regulaciones federales citadas en la parte 2 del 42 CFR, yo puedo oralmente revocar esta autorización, y mis archivos no podrán ser divulgados nuevamente sin mi consentimiento escrito, o en las maneras permitidas por las regulaciones.</p>		
_____ Firma del Cliente	_____ Fecha	
_____ Firma del padre, guardián u otra persona autorizada	_____ Fecha	
Si está firmada por otra persona autorizada, por favor describa la autoridad para actuar a nombre del cliente.		
_____ Firma del miembro del personal de DHHS	_____ Fecha	