

## Tabla de Contenidos

### Sección 1

1. Derechos del Cliente
2. Acuerdo de Admisión
3. Preguntas de Detección de Tuberculosis
4. Declaración de Divulgación
5. Directivas Avanzadas
6. Examen de Intervención Familiar
7. Acuerdo de Servicios Seguros y Libres de Drogas
8. Consentimiento para Divulgar Información
9. Aviso de Practicas de Privacidad
10. Aviso de Practicas de Privacidad Pagina de Firma
11. Póliza de Quejas
12. Recursos de Defensa del Cliente
13. Políticas de la Oficina de Telesalud y Aviso de Privacidad
14. Contrato de Telesalud y Consentimiento Informado
15. Acuerdo EMDR
16. Formulario de Facturación del Seguro
17. Carta de Atestación Financiera
18. Responsabilidad Financiera del Cliente
19. Escala Móvil

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



### Derechos del Cliente

1. Tiene derecho a ser informado de estos derechos y recibir una explicación por escrito de estos derechos.
2. El derecho a estar libre de medicamentos innecesarios o excesivos (ver NJAC 10:37-6.54).
3. El derecho a ser notificado de cualquier regla y política que el programa haya establecido que rija la conducta del cliente en la instalación.
4. El derecho a no estar sujeto a tratamientos o procedimientos no estándar, procedimientos o investigaciones experimentales, o programas de demostración de proveedores, sin consentimiento informado por escrito. Si el cliente ha sido declarado incompetente, la autorización para dichos procedimientos se puede obtener solo de conformidad con los requisitos de NJSA 30:4-24.2(d)2.
5. Tiene derecho a ser informado de los servicios disponibles en el programa, los nombres y el estado profesional del personal que brinda y/o es responsable de su atención, las tarifas y los cargos relacionados por los servicios no cubiertos por el seguro.
6. Tiene derecho a recibir una explicación de su condición o diagnóstico médico/de salud completo, el tratamiento recomendado, el progreso, las opciones de tratamiento, incluida la opción de no recibir tratamiento, los riesgos del tratamiento y los resultados esperados del tratamiento:
  - El psiquiatra o el director pueden determinar que esta información puede poner en riesgo a un cliente, la explicación se proporcionará a un miembro de la familia, tutor legal u otra persona importante, según esté disponible.
  - La divulgación de información a un familiar, tutor legal u otra persona importante, junto con el motivo por el cual no se informó directamente al cliente, se documentará en el expediente clínico del cliente.
  - Todos los consentimientos para divulgar información deben estar firmados por el cliente o su padre, tutor o representante legalmente autorizado.
7. Tienes derecho a comunicaciones privilegiadas con quienes te tratan; la información que proporcione no puede ser divulgada a menos que usted dé su consentimiento.
  - Su registro clínico no se divulgará a nadie fuera del programa sin su aprobación por escrito para divulgar la información de acuerdo con los estatutos y reglas federales para la confidencialidad de los registros de clientes de abuso de alcohol y drogas, a menos que la divulgación de información sea requerida y permitida por ley, un contrato con un tercero, una revisión por pares o información que necesita el DAS para fines autorizados.
  - Este programa puede divulgar datos sobre usted para estudios que contengan datos solo cuando su identidad esté protegida y enmascarada.
8. Tiene derecho a que se le informe si el programa ha autorizado a otras instituciones educativas o de atención médica a participar en su tratamiento y tiene derecho a rechazar su participación en su tratamiento.
9. El derecho al tratamiento en el entorno menos restrictivo, libre de restricciones físicas, castigos corporales y aislamiento.



# Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103  
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452  
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032  
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165  
Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM  
[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



10. Tiene derecho a ser tratado con cortesía, consideración, respeto y con el reconocimiento de su dignidad, individualidad y derecho a la privacidad, incluidos, entre otros, la privacidad auditiva y visual.

11. Tiene derecho a ejercer las libertades civiles y religiosas, incluido el derecho a tomar decisiones personales independientes.

12. Tiene derecho a no ser discriminado por motivos de edad, raza, religión, sexo, nacionalidad, orientación sexual, discapacidad (incluidos, entre otros, ciegos, sordos, con problemas de audición) o capacidad de pago; o ser privado de cualquier derecho constitucional, civil y/o legal.

13. El derecho a rechazar medicamentos, tratamientos y/o declinar la recomendación de tratamiento hecha por esta agencia.

- No será discriminado por tomar los medicamentos recetados.

- Los medicamentos recetados no serán retenidos por incumplimiento de las reglas o procedimientos del centro, a menos que se tome la decisión de dar de baja al cliente; los medicamentos solo pueden ser retenidos cuando el personal médico de la instalación determina que tal acción está médicamente indicada.

14. El derecho a participar en el desarrollo de su plan de tratamiento.

15. El derecho a acceder y obtener una copia de su registro, de acuerdo con las políticas de la agencia y las leyes federales y estatales aplicables: tiene derecho a agregar o solicitar una modificación de su registro de tratamiento.

16. Tiene derecho a ser transferido o dado de alta solo por razones médicas, por su bienestar, el de otros clientes o personal por orden escrita de un médico o clínico autorizado, o por falta de pago de las tarifas requeridas según lo acordado en el momento de la admisión (salvo que lo prohíban las fuentes de pago de terceros).

17. Su traslado y/o alta y el motivo quedarán documentados en su expediente clínico.

18. Recibirá un aviso con 10 días de anticipación de dicha transferencia/alta para las altas que no sean de emergencia planificadas por el programa de tratamiento.

19. Tiene derecho a que se le notifique por escrito ya tener la oportunidad de apelar una descarga involuntaria.

20. Tiene derecho a expresar quejas o recomendar cambios en las políticas y servicios al personal del programa, la autoridad gobernante; y/o representantes externos de su elección, libres de restricciones, interferencias, coerción, discriminación o represalias.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_

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

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_

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



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



## Family Service Bureau (FSB) de Newark Acuerdo de Admisión/Consentimiento para Servicios

### Política de Cancelación

Es política de la Oficina de Servicios Familiares de Newark que usted debe dar al menos 24 horas de aviso antes de su cita programada de su intención de cancelar/reprogramar o estar sujeto a un cargo por cancelación tardía de \$25. La reprogramación de citas quedará a discreción de su terapeuta y director. Tenga en cuenta que se revisarán dos cancelaciones y/o reprogramaciones excesivas para determinar si la terminación de los servicios es adecuada. Se le proporcionarán referencias a otros servicios al momento de la terminación.

### Política de Ausencia

Si no se presenta a la cita, se cobrará una tarifa de \$25 por no presentarse. No se programarán citas futuras hasta que se haya pagado la tarifa. Después de 10 días hábiles de falta de pago, se cerrará su caso. Tenga en cuenta que dos ausencias resultarán en la terminación del programa. Se le proporcionarán referencias a otros servicios al momento de la terminación.

### Política de Medicación

FSB solo brinda servicios de medicamentos a personas que están inscritas y reciben constantemente servicios de psicoterapia a través de FSB. Debe recibir psicoterapia semanal o quincenal para recibir servicios de medicamentos.

### Limitaciones del Servicio

Si se determina que no califica para los servicios del programa o que el programa no lo puede tratar adecuadamente, lo derivarán a otro programa comunitario, agencia o persona que pueda atender mejor sus necesidades. Tenga en cuenta que los servicios en FSB se consideran a corto plazo. El tratamiento se completará en o antes de los 18 meses de servicio. Al finalizar, se le remitirá a otros servicios, si corresponde.

### Conflictos de Interés

En caso de que surja un conflicto de intereses, se lo remitirá a otra fuente de tratamiento adecuada, que puede incluir la remisión a una agencia diferente.

### Registros Médicos

Se mantiene un registro electrónico/en papel con respecto a su atención y tratamiento. Esta documentación incluye, entre otros, lo siguiente: una evaluación de salud conductual, notas de progreso y planes de tratamiento.

### Evaluaciones Psiquiátricas

Dentro de sus primeros 30 días en FSB, se le programará una evaluación psiquiátrica. Tenga en cuenta que los clientes de abuso de sustancias solo serán programados si su médico asignado lo considera necesario.

### Criterios de Alta

Todos los clientes recibirán una notificación verbal y escrita sobre la intención del centro de darlos de alta. La notificación escrita incluirá el/los motivo(s) específico(s) del alta y establecerá sus derechos y procedimientos para apelar la decisión. Los clientes tendrán derecho a apelar un alta involuntaria. El alta de FSB no se iniciará hasta que se complete el proceso de apelación. El cliente debe solicitar la apelación verbalmente o por escrito. Si la solicitud de apelación se inicia verbalmente, deberá ir seguida de una solicitud por escrito del cliente o de una persona designada por él para actuar en su nombre. Se incluirá una copia de la apelación y la resolución en el expediente



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



clínico del cliente. Los clientes podrán ser dados de alta sin previo aviso si representan un riesgo para la salud o la seguridad de sí mismos, de otros clientes o del personal. En caso de alta sin previo aviso, FSB brindará asistencia para derivar al cliente a un programa de tratamiento adecuado y aprobado.

Al firmar a continuación, indico que he leído, entiendo y acepto los términos del acuerdo de admisión y consentimiento de servicios.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_

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

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_

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



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



### Preguntas de Deteccion de Tuberculosis

¿Ha tenido tos durante más de tres (3) semanas?  Si  No

¿Ha vivido o pasado tiempo con alguien que tuvo o pudo haber tenido tuberculosis?  Si  No

¿Ha vivido o visitado África, Asia, México, América Central o del Sur, el Caribe o Europa del Este durante más de un mes?  Si  No

¿Tiene VIH/SIDA, diabetes, cáncer, enfermedad renal o un trastorno inmunológico?  Si  No



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



### Divulgación Sobre la Prestación de Servicios de Asesoramiento

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

De acuerdo con la Oficina del fiscal general de Nueva Jersey, la División de Asuntos del Consumidor, la Junta Estatal de Examinadores de Matrimonio y Familia, el Comité Asesor sobre Alcohol y Drogas y el Comité Asesor Profesional (en adelante denominado “el organismo con licencia estatal”), estatutos y reglamentos, la Oficina de Servicios de Newark me ha informado lo siguiente:

De acuerdo con la regulación **N.J.A.C. 3:34 C-6.2©**, **N.J.A.C.13:34-13.1(g)** y **N.J.A.C.13:34-3.3(b)**, entiendo que puedo recibir servicios de consejería de un clínico que no sea consejero certificado en Alcohol y Drogas (con licencia), un consejero profesional con licencia o un terapeuta matrimonial y familiar con licencia; sin embargo, esta persona permanecerá bajo la supervisión clínica de un supervisor debidamente autorizado/certificado según el reglamento. **N.J.A.C. 3:34 C-6.2(c)**, **N.J.A.C. 13:34-13.1(g)** y **N.J.A.C.13:34-3.3(b)**.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_

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

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_

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

Se colocará una copia original de este formulario en el archivo del cliente.



# Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103  
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452  
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032  
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165  
Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM  
www.newcommunity.org



## Directiva Avanzada

El 11 de Enero de 1992, entro en vigor una ley de New Jersey, que exige que todos los centros de atención medica pregunten a los pacientes si tienen una directiva anticipada o un testamento vital. En Family Service Bureau de Newark, hemos incluido esta parte en el proceso de admisión.

Si tiene una Directiva Avanzada, tráigala a Family Service Bureau en su próxima visita.

Si NO tiene una Directiva Avanzada, lea la siguiente información. Una Directiva Avanzada es un documento que le permite dar instrucciones escritas a quienes lo atienden, indicando el tipo de atención medica que desea recibir o rechazar en caso de que no pueda expresar estas decisiones usted mismo. Hay tres (3) tipos diferentes de Directiva Avanzada:

1. *Directiva de Proxy:*  
Este es un documento en el que un adulto competente nombra a un familiar o amigo de confianza para que tome decisiones de atención medica en su nombre cuando no puedan tomar decisiones.
2. *Directiva Instructiva:*  
En este documento, la persona que escribe proporciona instrucciones escritas sobre el tipo de tratamiento médico que desea que se le realice y en qué circunstancias.
3. *Directiva Combinada:*  
En este documento, un adulto competente manifiesta sus deseos generales con respecto al tipo de atención médica que desea recibir, pero designa a un familiar o amigo de confianza para que los lleve a cabo.

Un folleto que contiene información sobre el Testamento Vital está disponible en la División de Envejecimiento. Si desea recibir este folleto, solicítelo a:

The Division of Aging, 101 South Broad Street, CN807, Trenton, New Jersey 08625

¿Tiene una Directiva Avanzada?     Si                       No

*En caso afirmativo, traiga una copia a Family Service Bureau en su próxima visita.*

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103  
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452  
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032  
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165  
Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM  
www.newcommunity.org



## Examen de Intervención Familiar

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Me gustaría que los siguientes familiares/amigos estén involucrados en el tratamiento:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

O,

En este momento no deseo que mi familia/amigos estén involucrados en mi tratamiento. Sin embargo, entiendo los beneficios potenciales que podría tener un mayor apoyo familiar o de un amigo sobre los resultados exitosos del tratamiento. Podría considerar la participación de la familia en un futuro.

Nombre del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Por favor ponga sus iniciales en una de las siguientes declaraciones:

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento

\_\_\_\_\_ No doy mi consentimiento

Para dar permiso a Family Service Bureau de Newark para enviarme una carta/encuesta del seguimiento del alta.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_

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

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_

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



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103  
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452  
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032  
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165  
Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM  
www.newcommunity.org



### Acuerdo de Servicio Seguro y de Drogas

Family Service Bureau se compromete a brindar servicios en un entorno seguro y libre de drogas. Para la seguridad de todos, cualquier persona sospechosa de estar afectada o bajo la influencia de cualquier sustancia no será atendida en ese momento y será necesario programar otra consulta.

Family Service Bureau reconoce el tremendo costo que las sustancias tienen para la persona que sufre de trastornos adictivos y sus familias. Estamos plenamente comprometidos a proporcionar un lugar seguro para quienes deseen abordar cuestiones de sustancias, para hablar con total confianza. El uso de sustancias NO impide que nadie reciba servicios en esta Agencia. Todos nuestros servicios cumplen plenamente con las leyes de confidencialidad Federal y HIPPA – 42: CFR parte 2.

#### Política:

Se le pedirá a cualquier persona sospechosa de estar “*incapacitada*” o “*bajo la influencia*” de cualquier sustancia que altere la mente o el estado de ánimo que se comunique con un miembro de la familia o un amigo para que le acompañe fuera de las instalaciones y se asegure de que llegue a casa de manera segura. Si no hay nadie disponible para proporcionar transporte o escolta, se llamara un taxi y el cliente será responsable por los gastos.

Una sospecha de “*deterioro*” o “*bajo la influencia*” significa que el médico o cualquier miembro del personal puede visiblemente ver que el cliente tiene dificultades con los movimientos motores gruesos o puede oler el uso de sustancias (alcohol u otra sustancia).

A ninguna persona se le permitirá la entrada al “*grupo*” ni el miembro del personal podrá proporcionar servicios en este momento. Cualquier persona que presente un impedimento significativo será tratada como una emergencia médica y se llamara a una ambulancia para que la lleve a la sala de emergencias local.

He leído el Acuerdo de Servicios Seguros y Libres de Drogas y he tenido la oportunidad de hablar con mi consejero. Entiendo y acepto cumplir con esta política.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_

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

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_

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



# Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103  
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452  
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032  
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165  
Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM  
www.newcommunity.org



## Consentimiento para Divulgar Información

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Autorizo a la (FSB Terapeuta) \_\_\_\_\_ Terapeuta en archivo \_\_\_\_\_ a  
corresponder con:

Persona/Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Para OBTENER la siguiente información y/o PUBLICAR la siguiente información: escriba sus  
iniciales donde corresponda**

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| _____ Evaluación Psicosocial                      | _____ Registros              |
| _____ Resumen de Admisión/Admisión                | Psiquiátricos/Psicológicos   |
| _____ Progreso del Tratamiento                    | _____ Planes de              |
| _____ Registro de Libertad Condicional            | Tratamiento/Recomendaciones  |
| _____ Evaluaciones del Equipo de Estudio Infantil | _____ Resumen de Cierre/Alta |
| _____ Resultados del Examen de Drogas             | _____ Expediente Educativo   |
|   | _____ Registros Médicos      |
|   | _____ Otro:                  |

A fin de:

Elijo voluntariamente firmar los propósitos especificados anteriormente. **Este comunicado vencerá en 1 año a partir de la fecha de su firma, a menos que se especifique lo contrario.** Además, entiendo que puedo cancelar la autorización para la publicación de información a cualquier momento, a menos que la información ya haya sido enviada. A menos que se especifique lo contrario, cualquier permiso de publicar la información anterior vencerá dentro de las 4 semanas posteriores a la finalización del tratamiento.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

www.newcommunity.org



### Aviso de Practica de Privacidad

**Este aviso describe cómo se puede usar y publicar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Por favor revísela cuidadosamente**

Family Service Bureau de Newark proporciona este Aviso de Practicas de Privacidad porque la privacidad de su información de salud es muy importante para usted y para nosotros, y cumple con las regulaciones federales.

Por “su información de salud” nos referimos a la información que mantenemos que lo identifica específicamente a usted y su estado de salud.

#### **Resumen**

Este Aviso describe cómo usamos su información médica dentro de Family Service Bureau y la publicamos fuera de Family Service Bureau y por qué.

Este Aviso cubre:

- Usos o divulgaciones que no requieren su autorización por escrito
  - Tratamiento, pago y operaciones de atención médica
  - Usos o divulgaciones de su información médica a los que puede oponerse
  - Usos o divulgaciones requeridos o permitidos
- Usos o divulgaciones que requieren su autorización por escrito
- Sus derechos como paciente con respecto a la privacidad de su información médica
- Nuestros deberes en la protección de su información médica
- Quejas, persona de contacto, fecha de vigencia y reconocimiento

#### **USOS O DIVULGACIONES QUE NO REQUIEREN SU AUTORIZACION POR ESCRITO**

##### **Tratamiento, pago y operaciones de atención médica**

Usamos o divulgamos su información médica para llevar a cabo su plan de tratamiento; para obtener el pago de su tratamiento y para realizar operaciones de atención médica. Por ejemplo:

- Para el tratamiento, usamos su información médica para planificar, coordinar y proveer su cuidado. Divulgamos su información médica con fines de tratamiento a médicos y otros profesionales del cuidado de salud médica fuera de nuestra agencia que están involucrados en su atención o cuidado
- Para el pago, usamos su información médica para preparar la documentación requerida por su compañía de seguros o HMO o por Medicare o Medicaid. Divulgamos la parte de su información médica que estas organizaciones requieren para pagarnos
- Para las operaciones de atención médica, usamos o divulgamos su información médica, por ejemplo, para mejorar la calidad de nuestros servicios, planificar mejores formas de tratar a los pacientes y evaluar el desempeño del personal

#### **Usos o divulgaciones de su información médica a los que puede oponerse**

Podemos usar o divulgar su información médica para los siguientes propósitos, a menos que usted nos solicite que no lo hagamos.

- Informar a familiares y amigos. Podemos divulgar su información médica a familiares, amigos u otras personas identificadas por usted que estén involucradas en su atención con su consentimiento firmado
- Asistencia en los esfuerzos de socorro en casos de desastre
- Para actividades de recaudación de fondos. Podemos comunicarnos con usted o su familia para fines de recaudación de fondos. Si no desea que nos comuniquemos con usted para este propósito, comuníquese e indique que no desea recibir comunicaciones de recaudación de fondos de nuestra parte
- Confirmando sus citas
- Informarle sobre tratamientos alternativos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



Si se opone a nuestro use de su información médica para cualquiera de estos fines, comuníquese con:

Oficial Privado

Family Service Bureau de Newark

973-412-2056

### Usos o Divulgaciones Requeridos o Permitidos

Cuando se nos requiera o se nos permita hacerlo, podemos usar o divulgar su información médica en las siguientes circunstancias sin su autorización por escrito.

- Si un(a) consumidor expresa una amenaza contra un individuo o grupo específico, se debe notificar a ese individuo o persona responsable del grupo (por ejemplo, El director (a) de la escuela si la amenaza se hizo contra una escuela). Se puede notificar a la policía si no se puede notificar a la víctima prevista. [ los practicantes tienen el deber de advertir]
- Si un(a) consumidor revela que pudo haber ocurrido abuso infantil, se debe notificar a la División de Protección y Permanencia del Niño [10:37-6.108 (b)]
- Si el consumidor es un menor sospechoso de abuso, el registro puede entregado a DCPNP [10:37-6.79 ©]
- Si un(a) consumidor revela abuso en un alojamiento/pensión/asilo de ancianos, se informará a la Agencia de Bienestar del Condado [10:37-6.108 (b)]
- La información puede ser compartida con otra agencia de salud mental de acuerdo con HIPAA [10:37-6.79(b)1i]
- Si un juez ordena la divulgación de información a un tribunal [10:37-6.79(a)2]
- Si un (a) consumidor es evaluado psiquiátricamente por un centro de detección psiquiátrica, se puede divulgar información al personal de detección para facilitar la evaluación [10.37-6.79(a)3]
- Para cumplir con cualquier ley Federal o Estatal que requiera la divulgación de información [10.37-6.79(a)3]
- Cuando la Oficina de Licencias o Medicaid lleva a cabo una revisión, se puede revisar el expediente clínico del consumidor [10.37-6.79(b)2]
- Un revisor de acreditación puede mirar el registro de un Consumidor [10:37-6.79(b)3]
- Si los funcionarios de las Oficinas del Médico Forense del Estado o un Médico Forense del Condado que realizan investigaciones y realizan autopsias solicitan la información [10:37-6.79(b)4]
- Se puede proporcionar información no específica a un familiar o amigo si el consumidor no se opone [N.J.A.C.10:37-6.79(e)]
- Al médico personal de un consumidor para beneficiar al consumidor [N.J.A.C. 10:37-6.79 (f)]
- La información del medicamento se puede divulgar a la farmacia del consumidor menor de 18 años, lo que requiere autorización será determinada por el padre o tutor del consumidor [N.J.A.C. 10:37-6.79(a)1ii (2)]

### Usos o Divulgaciones que requieren su Autorización por escrito

Se requiere su autorización por escrito, la cual puede revocar (por escrito), es requerida si usamos o divulgamos su información médica para cualquier propósito que no sea el indicado anteriormente. En particular, se requiere su autorización si:

- Usamos o divulgamos sus notas de psicoterapia para fines distintos del tratamiento o las operaciones de atención médica especificadas en las regulaciones federales
- Usamos o divulgamos su información médica para mercadeo o bienes o servicios

### Sus Derechos como Paciente con respecto a la Privacidad de su Información Médica

- **Derecho de Solicitar Restricciones**
- Usted tiene derecho a solicitar restricciones sobre nuestros usos y divulgaciones de su información médica, sin embargo, podemos negarnos a aceptar la restricción.
- **Derecho a solicitar un informe de las divulgaciones de su información médica**



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



Usted Tiene derecho a solicitar un recuento de nuestras divulgaciones de su información médica para fines de distintos al tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Haremos todo lo posible por cumplir con su solicitud. No estamos obligados a proporcionar una información para las divulgaciones antes del 13 de abril, 2003 o durante más de seis años antes de la fecha de su solicitud.

- **Derecho a Obtener una copia impresa de este aviso**

Si ha recibido este aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa. Para ejercer cualquier de estos derechos, escriba o llame por teléfono a nuestras oficinas en **274 South Orange Avenue Newark, NJ 07103, (973)412-2056 o 379 Kearny, Avenue, Kearny, NJ 07032, (201-246-8077**

### Nuestros Deberes para Proteger su Información Médica

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica
- Debemos informar a nuestros pacientes o sus representantes legales de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica. Este aviso cumple con ese deber
- Debemos cumplir con los términos del aviso actualmente en vigor
- Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y hacer que las nuevas disposiciones del aviso sean efectivas para toda la información médica que mantenemos. En cualquier momento, puede obtener una copia del aviso actual de nuestro oficial de privacidad, o de la persona designada por dicho oficial.

### Denuncia/Queja, Persona de Contacto, Fecha de Vigencia y Reconocimiento

- Puede presentar una queja ante nosotros y ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si cree que se han violado sus derechos
- No se tomarán represalias contra usted por presentar una queja
- Puede presentar su queja ante nuestra agencia escribiendo a nuestro oficial de privacidad en **274 South Orange Avenue, Newark, NJ 07103 o llamarnos al (973) 412-2056**
- Puede presentar un aqueja ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos escribiendo a:  
Secretary of Health and Human Services  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue S.W.  
Washington, D.C. 20201  
(source [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov))
- Para obtener más información, puede escribir o llamar a nuestro oficial de privacidad al **274 South Orange Avenue, Newark, NJ 07103 o llamarnos al (973) 412-2056**
- Este aviso entra en vigor el 14 de abril de 2003



# Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103  
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452  
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032  
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165  
Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM  
www.newcommunity.org



## Aviso de Prácticas de Privacidad

### *Acuse de Recibo*

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Se me ha entregado una copia del aviso de Prácticas de Privacidad de la oficina de Family Service Bureau.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si hay representación personal:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el Cliente: \_\_\_\_\_

Motivo por el que no se obtuvo la firma:

- Cliente demasiado enfermo en este momento
- El Cliente no firmaría
- Otro:

Nombre del empleado de Family Service Bureau que intentó sin éxito obtener firmas:

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103  
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452  
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032  
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165  
Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM  
www.newcommunity.org



## Póliza de Quejas

Si no está satisfecho con los servicios que ha recibido en Family Service Bureau de Newark, tiene derecho a una audiencia imparcial con un miembro del personal para que su queja pueda resolverse a su satisfacción. Si ha hablado con el miembro del personal y cree que no puede resolver el problema, puede hablar con el supervisor. Si su problema aún no se resuelve, puede iniciar procedimientos de queja más formales. Al ser admitido en Family Service Bureau, los clientes reciben servicios de defensa en todo el estado disponibles para ellos [N.J.A.C. 10:37-4.6 (b) 1]; sin embargo, si esto es interno, el proceso de quejas en Family Service Bureau es el siguiente:

1. Notificar al miembro del personal que desea presentar una queja o reclamo
2. El personal notificará inmediatamente al Supervisor Clínico.
3. El Director del Programa notificará al Defensor del Pueblo de la Agencia.
4. El Defensor del Pueblo de la Agencia recibirá la queja y actuará como su defensor. Esta persona intentará negociar una resolución de los problemas dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la recepción de la queja.
5. Si cree que su queja aún no se ha resuelto, su queja se enviará al director ejecutivo de Family Service Bureau de Newark para su revisión y resolución. El Director Ejecutivo tomara la resolución final para la agencia dentro de los siete (7) días laborables posteriores a la recepción de la queja.
6. Si continúa insatisfecho, puede solicitar una revisión a la Junta de Salud Mental del Condado. El Director Ejecutivo notificara a la Administración de la Junta de Salud Mental dentro de los cinco (5) días laborables.
7. La Junta de Salud Mental del Condado revisará su queja e información al Director Ejecutivo de sus recomendaciones dentro de los siete (7) días laborables.
8. Si continúa insatisfecho, puede solicitar una revisión por parte de la División de Servicios de Salud Mental y Adicciones de New Jersey.
9. Estas acciones no resultaran en represalias o barreras a los servicios de ninguna manera.

En cualquier momento durante este proceso, puede comunicarse con una agencia externa.

He leído y entiendo los procedimientos de quejas. He recibido un alista de procedimientos de quejas para el Condado de Essex.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_

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

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_

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



# Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103  
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452  
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032  
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165  
Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM  
www.newcommunity.org



## Recursos de Defensa del Cliente

<b>Recursos</b>	<b>Número Telefónico</b>
Community Mental Health Law Project <a href="mailto:Bloomfield@chlp.org">Bloomfield@chlp.org</a>	973-680-5599 o 973-275-1175 650 Bloomfield Avenue, Suite 210 Bloomfield, New Jersey 07003
Community Mental Health Administrator(s) <u>Essex:</u>	973-571-2821 o Fax 973-571-2820 Joseph Scarpelli, Administrator Essex County Department of Health 204 Grove Avenue, Cedar Grove, NJ 07009 <a href="mailto:Jscarpelli@health.essexcountynj.org">Jscarpelli@health.essexcountynj.org</a>
<u>Hudson County:</u>	Robin F. James, MA Department of Health & Human Services 830 Bergen Ave, 2B Jersey City, NJ 07306 Teléfono: (201) 369-5280, ext. 4250 E-mail: <a href="mailto:rjames@hcnj.us">rjames@hcnj.us</a>
Adult Protective Services <u>Essex County :</u> Focus. Hispanic Center for Human Development Inc. Local 441-443 Broad Street Newark, New Jersey 071021	866-903-6287 Fuera de Horas: 911 o a la Policia
Hudson County Adult Protective Services 6100 Adams Street West New York, NJ 07903	201-537-5631 Fuera de Horas: 911 o a la Policia Local
Disability Rights New Jersey 210 South Broad St. 3 <sup>rd</sup> . Flr Trenton, NJ 08608 <a href="http://www.drnj.org">www.drnj.org</a>	800-922-7233
Division of Mental Health and Addiction Services Special Assistant for Consumer Affairs Margaret Molnar 5 Commerce Way Hamilton, NJ	609-438-4338
Division of Mental Health Advocacy State of New Jersey Richard J. Hughes Justice Complex 25 Market Street Trenton, NJ 08626	877-285-2844



# Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103  
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452  
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032  
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165  
Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM  
www.newcommunity.org



---

**Division of Child Protection and Permanency** **973-648-4200**  
*(Formerly Division of Youth and Family Services)* **1-800-392-9532**  
*(Essex County Office – DCP&P)* **201-795-0423 (Hudson)**  
**153 Halsey Street, Newark, NJ 07101**

*(Hudson County Office – DCP&P)*  
**Jersey City, NJ 07306**  
**438 Summit Avenue, 4<sup>th</sup> Floor**  
**Jersey City, NJ 07306**

---

**Essex County Welfare Agency** **973-733-3000**  
*Essex County Dept. of Citizen Services Division of Welfare*  
**18 Rector Street, 9<sup>th</sup> fl.,**  
**Newark, NJ 07102**

**Hudson County Welfare Agency** **201-420-3000**  
*Hudson County Department of Family Services*  
**257 Cornelison Ave.**  
**Jersey City, NJ 07302**

---

**Division of Mental Health and Addition Services** **973-977-4397 o 1-800-382-6717**  
*Northern Regional Office*  
**100 Hamilton Plaza, Box 4**  
**Paterson, NJ 07505**

---

**Protection & Advocacy of New Jersey** **800-922-7233 (statewide)**  
*(Formerly Public Advocate’s Office)* **609-292-9742**  
[advocate@njpanda.org](mailto:advocate@njpanda.org) **NJ Protection and Advocacy, Inc.**  
**210 So. Broad Street, 3<sup>rd</sup> fl.,**  
**Trenton, NJ 08608**

---

**Legal Services Of New Jersey** **973-624-4500**  
**5 Commerce St.**  
**Newark, NJ 07102**

---

**NAMI-New Jersey** **732-940-0991**  
**1562 Route 130** [Email-info@nami.org](mailto:Email-info@nami.org)  
**North Brunswick, NJ 08902**  
[www.namini.org](http://www.namini.org)

---

**New Jersey Self-Help Group Clearinghouse** **800-367-6274**  
**673 Morris Ave. Suite 100**  
**Springfield, New Jersey, 07081**

---

**Child Abuse/Neglect Hotline** **1-877-652-2873**

---



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



### Políticas de Oficina y Aviso Privado

#### **Duración y Naturaleza de las Citas**

Durante su primera visita, se le preguntará acerca de sus razones para buscar tratamiento de salud mental/psiquiátrico o por abuso de sustancias y sus metas para el futuro. Después de la visita inicial, sus citas duraran entre 30 y 45 minutos dependiendo de la naturaleza de su tratamiento. Al final de la cita de consulta inicial, su médico le proporcionará un diagnóstico clínico y recomendaciones de tratamiento. Las citas posteriores se programan con una frecuencia determinada que sea apropiada para los problemas clínicos en cuestión. Un compromiso con las citas de seguimiento regulares es esencial para monitorear la respuesta clínica al tratamiento y optimizar los resultados.

#### **Citas Tardías o Perdidas**

Cada cita está programada para comenzar y terminar a tiempo. Por favor comuníquese con su médico con al menos 24 horas de anticipación laboral para cancelar una cita o la totalidad. Tenga en cuenta que las citas perdidas interrumpen su progreso en el tratamiento.

#### **Llamadas Telefónicas**

Los problemas clínicos no urgentes deben discutirse en las citas. Las llamadas telefónicas a su médico solo deben hacerse para asuntos urgentes que no puedan esperar hasta la próxima cita. No envíe correos electrónicos ni mensajes de texto sobre asuntos clínicos.

#### **Medicamentos y Recargas**

Informe a todos sus médicos sobre todos sus medicamentos y cualquier problema médico nuevo. Las recetas no se solicitan en lugar de una cita. Las renovaciones de recetas se dan en citas regulares. Las solicitudes de reabastecimiento de recetas por teléfono se otorgarán solo para los pacientes que reciben atención regular.

#### **Aviso Privado**

Al aceptar los servicios de Family Service Bureau de Newark, usted acepta el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA.

#### **Aviso de HIPAA sobre Prácticas de Privacidad – Fecha de Vigencia: Marzo 23, 2020**

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud/médica y cómo puede acceder a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con Family Service Bureau de Newark.

Este aviso describe las Prácticas de Privacidad de nuestra oficina.

Estamos obligados por ley:

- Mantener la privacidad de la información médica protegida (PHI)



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



- Darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud
- Seguir los términos del aviso actualmente en vigor

### **Cómo Family Service Bureau de Newark, puede usar y divulgar su información médica**

A continuación, se describen las formas en que podemos usar y divulgar su información médica. Excepto para los siguientes propósitos, usaremos y divulgaremos su información de salud solo con un consentimiento por escrito. Puede revocar dicho permiso en cualquier momento escribiendo a Family Service Bureau de Newark.

#### **Tratamiento**

Family Service Bureau de Newark, puede usar y divulgar su información médica para su tratamiento y para brindarle servicios de atención médica relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeras, técnicos u otro personal, incluidas personas fuera de nuestra oficina, que estén involucradas en su cuidado médico o de salud y necesitan la información para brindarle atención médica o de salud.

#### **Pago**

Family Service Bureau de Newark, puede usar o divulgar su información médica para que otros o nosotros podamos facturar y recibir el pago de usted, una compañía de seguros, o una compañía tercera por el tratamiento y los servicios que recibió. Por ejemplo, podemos darle información médica a su plan de salud para que paguen por su tratamiento.

#### **Operaciones de Salud**

Family Service Bureau de Newark, puede usar y divulgar su información médica para evaluar y mejorar nuestra atención médica y para operar y administrar nuestra oficina. Por ejemplo, podemos usar y divulgar información a una organización de revisión o a un plan de salud que este evaluando nuestra atención. También podemos compartir información con otras personas que tienen una relación con usted para sus actividades de operación de atención médica.

### **Recordatorio de Citas, Alternativas de Tratamiento, y Beneficios de Servicios Relacionados con la Salud**

Family Service Bureau de Newark, puede usar y divulgar su información médica para contactarlo y recordarle su cita, para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que podría usar. Individuos involucrados en su atención o el pago de su atención. Cuando sea apropiado, podemos compartir su información de salud con una persona involucrada o que pague por su atención (como su familia o un amigo cercano). Family



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



Service Bureau de Newark, puede notificar a su familia sobre su ubicación o condición o divulgar dicha información a una entidad que ayude en casos de desastre.

### **Investigación**

Family Service Bureau de Newark, puede usar y divulgar su información médica para fines investigativos. Por ejemplo, un proyecto de investigación puede implicar la comparación de la salud de los pacientes que recibieron un tratamiento con la de los que recibieron otro por la misma condición. Antes de hacerlo, el proyecto debe pasar por un proceso de aprobación especial. Incluso sin una aprobación especial, podemos permitir que los investigadores revisen los registros para ayudar a identificar a los pacientes que pueden ser incluidos en la investigación, siempre que no eliminen ni copien su información médica. Como lo requiere la ley, Family Service Bureau de Newark divulgará su información médica cuando así lo requiere la ley internacional, federal, estatal o local.

### **Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad**

Family Service Bureau de Newark, puede usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, a otra persona o al público. Las divulgaciones se harán solo a alguien que pueda prevenir la amenaza.

### **Socios de Negocios**

Family Service Bureau de Newark, puede divulgar su información médica a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si es necesario. Por ejemplo, podemos utilizar otra empresa para realizar servicios de facturación en nuestro nombre. Todos nuestros socios comerciales están obligados a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar la información para ningún otro propósito que no esté estipulado en el contrato ya establecido.

### **Militares y Veteranos**

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, Family Service Bureau de Newark, puede divulgar su información médica según lo requieran las autoridades del comando militar. Si usted es miembro de un ejército extranjero, Family Service Bureau de Newark puede divulgar su información médica a la autoridad del comando militar extranjero.

### **Compensación al Trabajador**

Family Service Bureau de Newark, puede divulgar su información médica para la compensación del trabajador o programas similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



### **Riesgos para la Salud Pública**

Family Service Bureau of Newark, puede divulgar su información médica para actividades de salud pública, para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Family Service Bureau de Newark, puede usar su información médica para informar sobre nacimientos o muertes, sospecha de abuso o negligencia infantil, reacciones a medicamentos o mal funcionamiento o lesiones de productos y notificaciones de retiro de productos. Podemos utilizar su información médica para notificar a alguien que pueda haber estado expuesto a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición. Si nos preocupa que un paciente pueda haber sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos pedirle permiso para hacer una divulgación a una autoridad gubernamental apropiada. Family Service Bureau de Newark, hará esa divulgación solo cuando usted esté de acuerdo o cuando la ley así lo requiera.

### **Actividades de Vigilancia de la Salud**

Family Service Bureau de Newark, puede divulgar su información médica a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas pueden incluir auditorías, investigación, inspecciones y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

### **Demanda y Disputas**

Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su información médica en respuesta a un orden judicial o administrativa. Family Service Bureau de Newark, puede divulgar su información médica en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información requerida.

### **Cumplimiento de la Ley**

Family Service Bureau de Newark, puede divulgar su solicitud de información médica por parte de un oficial de la ley si (1) existe una orden/mandato judicial, citación o proceso similar; (2) si la solicitud se limita a la información necesaria para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o una persona desaparecida; (3) la información es sobre la víctima de un crimen incluso si, bajo ciertas circunstancias muy limitadas, no podemos obtener su consentimiento, (4) la información es sobre una muerte que puede ser el resultado de una conducta criminal; (5) la información es relevante para una conducta criminal en nuestras instalaciones, y (6) si es necesaria en una emergencia para reportar un crimen, la ubicación de un



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



crimen o víctimas, o la identidad,, descripción o ubicación de la persona quien pudo a ver cometido el crimen.

### **Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerales.**

Family Service Bureau de Newark, puede divulgar su información médica a un médico forense, examinador médico o director de funeraria para identificar a una persona fallecida o la causa de la muerte, u otra circunstancia similar.

### **Actividades de Seguridad e Inteligencia Nacionales**

Podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizada por la ley.

### **Encarcelados o Personas en Custodia**

Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo custodia, podemos divulgar su información (1) para que la institución le brinde atención médica, (2) para proteger su salud y seguridad o la de otros, y (3) para la seguridad y protección de la institución.

### **Sus Derechos con Respecto a su Información de Salud**

#### **Derecho a Inspeccionar y Copiar**

Tiene derecho a inspeccionar y copiar sus registros médicos y de facturación mediante una solicitud por escrito al Family Service Bureau de Newark.

#### **Derecho a Enmendar**

Tiene derecho a solicitar una enmienda a sus registros mediante una solicitud por escrito al Family Service Bureau de Newark.

#### **Derecho a una Contabilidad y Divulgaciones**

Tiene derecho a un informe de ciertas divulgaciones mediante una solicitud por escrito al Family Service Bureau de Newark.

#### **Derecho a Solicitar Restricciones**

Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre su información de salud utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Puede solicitar a Family Service Bureau de Newark que limite la divulgación a alguien involucrado en su atención o en el pago de su caso (como un conyugue) mediante una solicitud por escrito a Family Service Bureau de Newark.



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



Family Service Bureau de Newark no está obligado a estar de acuerdo con la solicitud, pero intentaremos cumplir con la misma.

### Derechos a Solicitar Comunicación Confidencial

Tiene derecho a solicitar que Family Service Bureau de Newark se comunice con usted acerca de sus asuntos médicos de una manera determinada o en un lugar determinado. Puede solicitar, por ejemplo, que nos comuniquemos con usted solo por correo o en el trabajo. Su solicitud por escrito debe especificar cómo o dónde desea ser contactado y ser dirigido a Family Service Bureau de Newark, acomodaremos las solicitudes que sean razonables.

### Cambios de Este Aviso

Family Service Bureau de Newark puede cambiar este aviso y hacerlo efectivo para la información médica que Family Service Bureau de Newark ya posee sobre usted, así como la información nueva. El aviso actual se publicará y estará disponible en todo momento. Tiene derecho a solicitar una copia impresa del aviso actual en cualquier visita o mediante una solicitud por escrito a Family Service Bureau de Newark.

1. Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_
2. Firma del Cliente: \_\_\_\_\_
3. Dirección: \_\_\_\_\_
4. Fecha: \_\_\_\_\_



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



### **Contrato de Telesalud y Consentimiento Informado**

Las sesiones de presentación y las visitas se llevarán a cabo mediante videoconferencia a través de una plataforma compatible HIPAA. Telesalud establece una relación terapéutica formal y mantiene evaluaciones, diagnósticos, terapia y/o prescripciones regulares. Family Service Bureau de Newark utilizará el software protegido Health Insurance Portability y Accountability Act (HIPAA) para garantizar que su información médica esté protegida contra el acceso no autorizado y que se mantenga la confidencialidad. Este documento sirve como formulario de consentimiento para el tratamiento a través de telesalud en general. En las páginas siguientes también se encuentran nuestras prácticas de privacidad específicas.

- 1) Puede optar por buscar tratamiento en una visita en un consultorio más tradicional con un proveedor u otro proveedor. Tenga en cuenta que la equivalencia actual a través de estudios rigurosos ha demostrado que el tratamiento a través de telesalud es equivalente a visitas cara a cara con un consejero/terapeuta/psiquiatra o enfermera de práctica avanzada.
- 2) Buscar tratamiento a través de telesalud es una decisión que usted toma. Si elige revocar su decisión y buscar un tratamiento alternativo, puede retirar su consentimiento en cualquier momento. (Por supuesto, le recomendamos que analice primero esta decisión con su proveedor). Family Service Bureau de Newark también recomienda establecer su próximo proveedor antes de la terminación para eliminar cualquier brecha en el tratamiento.
- 3) Desafortunadamente, las consecuencias impredecibles para la telesalud pueden incluir, entre otras, la interrupción de la transmisión debido a fallas tecnológicas, interrupciones y/o violaciones de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas y/o capacidad limitada para responder en casos de emergencias.
- 4) En el caso de que durante una sesión de telesalud haya dificultades técnicas que resulten en interrupciones del servicio, el proveedor y el paciente se volverán a conectar por teléfono para reprogramar otra cita.
- 5) Ninguna de las partes grabará ninguna sesión en línea. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no se pueden divulgar a nadie sin autorización por escrito, excepto cuando la divulgación esté permitida y/o requerida por la ley.
- 6) Se entiende que las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de la información médica protegida (PHI) también se aplican a la Telesalud, a menos que se aplique una excepción a la confidencialidad. Tales como, reporte obligatorio de abuso de



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103  
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452  
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032  
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165  
Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM  
www.newcommunity.org



niños, ancianos o adultos vulnerables, peligro para sí mismo o para otros; o si se plantean problemas mentales/emocionales o de recaída en los procedimientos legales.

- 7) Si el paciente tiene pensamientos suicidas u homicidas, experimenta activamente síntomas psicóticos o experimenta una crisis de salud mental que no se puede resolver de forma remota, se puede determinar que los servicios de telesalud no son apropiados y se requiere un mayor nivel de atención.
- 8) Información requerida en cada visita:**

Nombre, ubicación y número de teléfono del paciente en el momento de la sesión. Esto es para asegurarnos de que nuestros proveedores conozcan los medios alternativos de tratamiento en caso de que ocurra una emergencia.

En caso de peligro inminente, el proveedor está legal y éticamente obligado a reportar información a las autoridades, miembros de la familia u otras personas, para minimizar el daño potencial. Para este propósito, el cliente da su consentimiento para que un representante de Family Service Bureau de Newark se comunique con la siguiente persona en caso de una emergencia:

Nombre del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

- 9) Política de Cancelación y Retraso:  
Cada cita está programada para comenzar y terminar a tiempo. Comuníquese con su médico con al menos 24 horas de anticipación laboral para cancelar una cita. Tenga en cuenta que las citas perdidas interrumpen su progreso en el tratamiento.
- 10) Consentimiento: El paciente comprende que está dando su consentimiento para una evaluación de salud conductual y/o tratamiento por abuso de sustancias a través de telesalud. El paciente comprende que no se pueden garantizar resultados, a pesar de nuestros mejores esfuerzos para brindar atención. El paciente comprende que puede hacer preguntas sobre telesalud o cualquier aspecto de la evaluación y tratamiento en cualquier comentario.



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



Certifico que he leído y comprendido la totalidad de este documento, contrato titulado “Telesalud y Consentimiento Informado”.

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo con este documento presentado por Family Service Bureau de Newark y autorizo a Family Service Bureau a usar la tele psiquiatría para mi evaluación y tratamiento.

1. Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_
2. Firma del Cliente: \_\_\_\_\_
3. Dirección: \_\_\_\_\_
4. Fecha: \_\_\_\_\_



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



### Acuerdo EMDR

**Firme cada casilla después de haber leído el material.**

**Tenga en cuenta: La firma electrónica del formulario equivale a aceptar cada casilla.**

EMDR es una terapia simple pero eficiente que utiliza estimulación bilateral (BLS) (golpes, tonos auditivos o movimientos oculares) para acelerar la capacidad del cerebro para procesar y sanar un recuerdo preocupante. BLS, que ocurre naturalmente durante el sueño, hace que las dos partes del cerebro trabajen juntas para reintegrar la memoria. Algunos clientes experimentan alivio o efectos positivos en tan solo unas pocas sesiones. EMDR es eficaz para aliviar los síntomas relacionados con el trauma, ya sea que el evento traumático haya ocurrido hace muchos años o ayer. Da los resultados deseados, con poca conversación, sin usar drogas y no requiere "deberes" entre sesiones. \_\_\_\_\_(INICIAL)

La investigación científica ha demostrado que EMDR es eficaz para el tratamiento del estrés postraumático, fobias, ataques de pánico, trastornos de ansiedad, estrés, abuso físico y sexual, recuerdos perturbadores, duelos complicados y adicciones. \_\_\_\_\_(INICIAL)

Los posibles beneficios del tratamiento EMDR incluyen los siguientes:

- Se recuerda el recuerdo, pero las emociones y sensaciones físicas dolorosas y las imágenes y pensamientos perturbadores ya no están presentes.
- EMDR ayuda al cerebro a reintegrar la memoria y almacenarla en un lugar más apropiado del cerebro. El propio cerebro del cliente reintegra la memoria y realiza la curación. \_\_\_\_\_(INICIAL)

Los posibles riesgos del tratamiento EMDR incluyen los siguientes:

- La reprocesamiento de un recuerdo puede generar recuerdos asociados. Esta normalidad y aquellos recuerdos también serán reprocesados.
- Durante el EMDR, el cliente puede experimentar sensaciones físicas y recuperar imágenes, emociones y sonidos asociados con la memoria. La reprocesamiento de la memoria normalmente continúa después del final de la sesión de terapia formal.
- Pueden ocurrir otros recuerdos, flashbacks, sentimientos y sensaciones. El cliente puede tener sueños asociados con el recuerdo. Con frecuencia, el cerebro es capaz de procesar



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



estos recuerdos adicionales sin ayuda, pero se harán arreglos para obtener asistencia de manera oportuna si el cliente no puede afrontarlos. \_\_\_\_\_(INICIAL)

Como ocurre con cualquier otro enfoque terapéutico, reprocesar recuerdos traumáticos puede resultar incómodo; eso significa que a algunas personas no les gustará o no podrán tolerar bien el tratamiento EMDR. Otros necesitan más preparación, ofrecida por el terapeuta, antes de procesar eventos traumáticos utilizando EMDR.

- No se conocen efectos adversos por interrumpir la terapia EMDR; por lo tanto, un cliente puede suspender el tratamiento en cualquier momento
- Los enfoques terapéuticos alternativos pueden incluir terapia individual o grupal, medicación o una modalidad de psicoterapia diferente.
- El tratamiento EMDR es facilitado por un psicoterapeuta autorizado que tiene formación aprobada por EMDRIA. \_\_\_\_\_(INICIAL)

### **HISTORIA Y FACTORES DE SEGURIDAD**

El cliente debe:

- Estar dispuesto a decirle al terapeuta la verdad sobre lo que está experimentando. \_\_\_\_\_(INICIAL)
- Ser capaz de tolerar altos niveles de perturbación emocional, tener la capacidad de reprocesar recuerdos asociados resultantes de la terapia EMDR y utilizar técnicas de autocontrol y relajación (por ejemplo, ejercicio en lugares tranquilos) \_\_\_\_\_(INICIAL)
- Recuerde las instrucciones de la sesión informativa y llame a su terapeuta, conéctese con familiares o amigos que lo apoyen, o use meditación u otras técnicas (por ejemplo, ejercicio en un lugar tranquilo) que haya aceptado en la terapia, si es necesario. \_\_\_\_\_(INICIAL)
- Informe al terapeuta y consulte con su médico antes de la terapia EMDR si tiene antecedentes o problemas oculares actuales, una enfermedad cardíaca diagnosticada, presión arterial elevada o está en riesgo o tiene antecedentes de accidente



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



cerebrovascular, ataque cardíaco, convulsiones u otras condiciones médicas limitantes que puedan ponerlo en riesgo médico. Debido al estrés relacionado con la reprocesamiento de eventos traumáticos, las mujeres embarazadas deberían considerar posponer la terapia EMDR. \_\_\_\_\_(INICIAL)

- Informe al terapeuta si usa lentes de contacto y se los quitará si impiden los movimientos oculares debido a irritación o sequedad ocular. El terapeuta suspenderá los movimientos oculares de estimulación bilateral (BLS) si el cliente informa dolor ocular y utilizará otra estimulación dual (golpes, sonidos) para continuar con la reprocesamiento. \_\_\_\_\_(INICIAL)

- Evaluar su situación de vida actual para determinar el enfoque EMDR. El cliente puede necesitar la posibilidad de posponer un horario de trabajo exigente inmediatamente después de la sesión de EMDR. \_\_\_\_\_(INICIAL)

- Antes de participar en EMDR, discuta con el terapeuta todos los aspectos de un próximo caso judicial en el que se requiera testimonio. Es posible que el cliente deba posponer el tratamiento EMDR si es víctima o testigo de un delito que se está procesando porque el material traumático procesado mediante EMDR puede desvanecerse, desdibujarse o desaparecer y su testimonio puede ser cuestionado. \_\_\_\_\_(INICIAL)

- Comprender que pueden ocurrir desacuerdos con familiares y/o amigos a medida que aprende nuevas habilidades como el asertividad o las habilidades sociales después de procesar problemas y material perturbador usando EMDR. Es posible que sea necesario proteger a los clientes vulnerables. \_\_\_\_\_(INICIAL)

- Esté dispuesto a explorar los problemas que puedan surgir a medida que se produzca el cambio. Por ejemplo, cambios respecto a su identidad; finanzas; pérdida de identificación con un grupo de pares; y/o atención. \_\_\_\_\_(INICIAL)

- Consulte con su médico antes de utilizar medicamentos. Algunos medicamentos pueden reducir la eficacia de EMDR. Por ejemplo, las benzodiazepinas pueden reducir la eficacia, posiblemente debido al procesamiento dependiente del estado y/o la regresión puede ocurrir después de suspender los antidepresivos. \_\_\_\_\_(INICIAL)

- Abordar con el terapeuta su capacidad para atender EMDR debido a dependencia reciente de cocaína, abuso de anfetaminas a largo plazo, convulsiones y/u otras afecciones neurológicas. EMDR está contraindicado en consumidores recientes de cocaína crack y en consumidores prolongados de anfetaminas. \_\_\_\_\_(INICIAL)



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103

Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452

West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032

Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165

Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM

[www.newcommunity.org](http://www.newcommunity.org)



- Discuta con el terapeuta cualquier trastorno disociativo; trastorno de identidad disociativo síntomas somáticos inexplicables, problemas de sueño, flashbacks, desrealización y/o despersonalización, escucha voces, sentimientos inexplicables, lapsos de memoria, múltiples hospitalizaciones psiquiátricas, múltiples diagnósticos con poco progreso en el tratamiento: EMDR puede desencadenar estos síntomas.

\_\_\_\_\_ (INICIAL)

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103  
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452  
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032  
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165  
Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM  
www.newcommunity.org



### Formulario de Facturación del Seguro

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso al Family Service Bureau de Newark  
Nombre del Cliente (Imprimir)

para facturar:

- Self-Pay
- DCPD
- Drug Court (DCI)
- FCIU
- Harmony House
- Medicaid
- Medicare
- NJMHAPP
- Other funding
- Parole (SPB)
- Private Insurance (Aetna, Horizon BCBS)
- SAI/BHI
- VCCO

Con mi firma a continuación, autorizo la cesión de beneficios financieros directamente a Family Service Bureau de Newark. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esta cesión.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103  
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452  
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032  
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165  
Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM  
www.newcommunity.org



## Carta de Atestación Financiera

Re:

\_\_\_\_\_

Esta carta es una declaración por escrito con respecto al estado financiero de la persona mencionada anteriormente.

### Marque la condición que mejor describa su situación financiera.

Actualmente estoy empleado por \_\_\_\_\_ (nombre de la empresa) y me pagan \_\_\_\_\_ (ingreso laboral bruto por periodo de pago) semanal, quincenal, mensual (marque con un círculo un período de pago. El pago es en efectivo; por lo que no puedo proporcionar ningún comprobante de ingresos.

Actualmente estoy desempleado y \_\_\_\_\_ (nombre del patrocinador) me está proporcionando asistencia financiera (vivienda/alquiler/comida) durante el tiempo de mi desempleo.

Actualmente estoy desempleado y no tengo ninguna fuente de ingresos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Family Service Bureau of Newark

Newark Office: 274 South Orange Avenue, Newark, New Jersey 07103  
Tel: 973-412-2056 Fax: 973-484-3452  
West Hudson Office: 379 Kearny Avenue, Kearny, New Jersey 07032  
Tel: 201-246-8077 Fax: 201-955-6165  
Hours of Operation: Monday through Friday 9 AM – 5 PM  
www.newcommunity.org



### Responsabilidad Financiera del Cliente

No siempre se puede realizar una verificación positiva de su cobertura en el momento del servicio. Recibirá los servicios con el entendimiento de que, en caso de que su cobertura no sea efectiva, se le facturará y se le hará responsable financieramente por los servicios prestados. El pago vence antes de su próxima cita programada o el último día del mes, lo que ocurra primero. Si no paga los servicios prestados, la agencia suspenderá los servicios, lo remitirá a otra institución y cerrará su caso.

Si paga usted mismo, su pago vence antes del inicio de su sesión. Si no paga los servicios prestados, la agencia suspenderá los servicios, lo remitirá a otra institución y cerrará su caso.

Si, después de facturar su seguro, su póliza aplica algún monto adicional a su gasto de bolsillo, usted será personalmente responsable de ese monto y se le facturará el saldo adeudado.

Se acepta pago en efectivo, tarjeta de crédito/débito o PayPal.

He leído lo anterior y entiendo mi posible responsabilidad financiera de los servicios prestados y mi firma a continuación representa mi reconocimiento de este entendimiento.

---

Nombre del Cliente

---

Firma del Cliente

---

Fecha

---

Nombre del Empleado

---

Firma del Empleado

---

Fecha

# FAMILY SERVICE BUREAU OF NEWARK

## Servicio Ambulatorio

Personas en la Familia	Nivel Federal de Pobreza	250 % (Ambulatorio)	300%	350%	Sobre 350%
	SI POR DEBAJO de esta cantidad	SI ENTRE esta	SI ENTRE esta	SI ENTRE esta	EN O POR ENCIMA
	\$35 Ambulatorio	\$50 OP tarifa semanal	\$65 OP tarifa semanal	\$80 tarifa semanal	\$95 tarifa semanal
	\$70 IOP tarifa semanal	\$105 IOP tarifa semanal	\$140 IOP tarifa semanal	\$175 IOP tarifa semanal	\$200 IOP tarifa semanal
	Use el dinero de los fondos (solo si está disponible)	No elegible para financiamiento – Solo pago por cuenta propia	No elegible para financiamiento – Solo pago por cuenta propia	No elegible para financiamiento – Solo pago por cuenta propia	No elegible para financiamiento – Solo pago por cuenta propia
1	\$12,760	\$12,760 a \$31,900	\$31,900 a \$38,280	\$38,280 a \$44,660	\$44,660
2	\$17,240	\$17,240 a \$43,100	\$43,100 a \$51,720	\$51,720 a \$60,340	\$60,340
3	\$21,720	\$21,720 a \$54,300	\$54,300 a \$65,160	\$65,160 a \$76,020	\$76,020
4	\$26,200	\$26,200 a \$65,500	\$65,500 a \$78,600	\$78,600 a \$91,700	\$91,700
5	\$30,680	\$30,680 a \$76,700	\$76,700 a \$92,040	\$92,040 a \$107,380	\$107,380
6	\$35,160	\$35,160 a \$87,900	\$87,900 a \$105,480	\$105,480 a \$123,060	\$123,060
7	\$39,640	\$39,640 a \$99,100	\$99,100 a \$118,920	\$118,920 a \$138,740	\$138,740
8	\$44,120	\$44,120 a \$110,300	\$110,300 a \$132,360	\$132,360 a \$154,420	\$154,420
Por cada persona adicional, agregue	4480				

<b>Admisión / Evaluación</b>	<b>\$100</b>	
<b>Grupo de Manejo de la Ira</b>	<b>\$180</b>	6 grupos
<b>Grupo de Padres</b>	<b>\$240</b>	8 grupos
<b>Evaluación Psiquiátrica Inicial</b>	<b>\$130</b>	
<b>Evaluación Psiquiátrica Anual</b>	<b>\$130</b>	
<b>Manejo de Medicación</b>	<b>\$75</b>	
<b>Examen de Orina</b>	<b>\$50</b>	
<b>Examen de Orina con EtG</b>	<b>\$75</b>	