

Derechos del Cliente

Como cliente de los Servicios de Salud Mental y Comportamiento del Departamento de salud del Condado de DuPage, sus derechos

deberán protegerse de conformidad con el Capítulo 2 del Código de salud mental y incapacidades de desarrollo (Mental Health and Developmental Disabilities Code) [405 ILCS 5]. Su derecho a la confidencialidad deberá regirse por la Ley de Confidencialidad (Confidentiality Act), la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) y la Ley de HITECH. y la Confidencialidad de los Expedientes de Pacientes con Trastorno por Consumo de Sustancias [42 CFR Parte 2]. Estos derechos incluyen, pero no se limitan a:

1. Tiene derecho a que se le expliquen sus derechos y responsabilidades en un idioma o método de comunicación que usted entienda.
2. Se le informará sobre sus derechos antes de la sesión de evaluación y anualmente a partir de entonces.
3. Tiene derecho a que se le proporcione el nombre del miembro del personal que tiene la responsabilidad principal de su atención, tratamiento o servicios.
4. Tiene derecho a comunicarse con la * Guardianship and Advocacy Commission (Comisión de Tutela y Defensa) o con **Equip for Equality, Inc. por cuestiones legales, de tutela, custodia o defensa. el personal deberá ofrecer asistencia para contactar a estos grupos, proporcionándole la dirección y el número de teléfono.
5. Tiene derecho a estar libre de abuso, negligencia y explotación.
6. Tiene el derecho a que se le proporcionen servicios de salud mental en el entorno menos restrictivo posible.
7. Usted o su tutor tiene el derecho de presentar quejas de acuerdo con la política de quejas.
8. Tiene el derecho a no ser negado, suspendido o despedido de servicios o recibir servicios reducidos por ejercicio de los derechos.
9. Tiene el derecho de comunicarse con el pagador público o su designado y a ser informado del proceso del pagador público por la revisión de la queja.
10. Tiene el derecho a que las discapacidades se adapten como lo requiere la Ley para Americano con Discapacidades (American With Disabilities Act), Artículo 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) y la Ley de Derechos Humanos (Human Rights Act) [775 ILCS 5].
11. De conformidad con la ley y el reglamento, la organización le permite acceder y solicitar modificación a su información médica y a obtener información en la divulgación de esta información.
12. Será informado de las reglas del programa que pertenecen a su atención, tratamiento y servicios.
13. Tiene el derecho de involucrar a su familia en las decisiones sobre atención, tratamiento y servicios.
14. Respetamos su derecho de solicitar la opinión de un asesor.
15. Respetamos su derecho de solicitar una revisión interna de su plan de atención, tratamiento y servicios.
16. Tiene el derecho de rechazar atención, tratamiento o servicios de conformidad con la ley y el reglamento. Si rechaza atención, tratamiento o servicios, le informaremos sobre su responsabilidad de conformidad con los estándares profesionales. Si no podemos continuar sirviéndolo, terminaremos la relación con usted con previo aviso y le proporcionaremos referencias.
17. Será atendido de una manera que apoye su dignidad y respete sus valores, creencias y preferencias personales y culturales. No se denegará el acceso al tratamiento por motivos de raza, religión, origen étnico, orientación sexual, condición de VIH, o discapacidad, como se especifica en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
18. Tiene derecho a ser atendido en un entorno que preserve la dignidad y contribuya a una imagen positiva de sí mismo.
19. Tiene el derecho de brindar o de no proporcionar su consentimiento informado.
20. Tiene el derecho a ser notificado de alguna(s) restricción(es) de derechos del cliente y a tener notificado a su padre/tutor legal o alguna agencia que usted designe. Si se limita alguno de los derechos de su cliente, la justificación de dicha limitación de derechos será documentada en su expediente clínico.
21. Tiene el derecho de comunicarse con el departamento de Servicios de salud y familia de Illinois (HFS) o su designado para ser informado sobre los beneficios medicos y el proceso para revisar quejas del cliente.

Al firmar abajo, estoy indicando que el personal me ha explicado mis derechos y se me dio la oportunidad de hacer preguntas.

Nombre Impreso del Cliente

Fecha

Firma del Cliente

Fecha

Firma del personal

Fecha

Firma de padres/tutor legal

Fecha