



Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

## Consentimiento para el tratamiento

Estoy solicitando y autorizando a THRIVE Behavioral Health para que brinde servicios de salud mental a mí / a mi hijo como se indicó anteriormente.

- Estos servicios de salud mental pueden incluir servicios de terapia individual, familiar y / o grupal.
- Acepto una Evaluación de diagnóstico para determinar si el tratamiento es apropiado para mí / mi hijo.
- Acepto que un psiquiatra me evalúe para una Evaluación de diagnóstico para determinar si el psiquiatra tiene alguna recomendación, incluso medicamentos o referencias a otros servicios. Entiendo que se me informará sobre los efectos secundarios de los medicamentos recetados.
- Entiendo que la terapia implica, a veces, discutir temas emocionales, dolorosos y temas apropiados para la edad. (Esto incluye, entre otros, abuso en el pasado / actual, negligencia, trauma, autocuidado, bienestar y opciones de control de la natalidad).

La confidencialidad y sus limitaciones han sido revisadas conmigo. Entiendo que:

- Promover que el personal se comunique con otros miembros del equipo de tratamiento de Thrive según sea clínicamente apropiado para garantizar la calidad de la atención, como los psiquiatras, supervisores, directores y otro personal.
- Thrive debe informar el abuso sospechado de un niño, adolescente o adulto vulnerable, incluso si el abuso ocurrió en el pasado, se cree que el perpetrador ha fallecido, o el abuso se informó anteriormente.
- Thrive debe tomar medidas para garantizar la seguridad si alguien presenta un peligro inminente para sí mismo o para otros, como buscar hospitalización de emergencia o informar una amenaza a un individuo o grupo de personas.
- Las reglamentaciones de Maryland exigen que Thrive responda preguntas relacionadas con las investigaciones de OPEN, servicio de protección activa, incluso si el personal de Thrive cree que la agencia no tiene información útil para ofrecer.
- Prosperar debe responder a las citaciones, pero el personal de Thrive generalmente consulta con un abogado antes de divulgar información privilegiada.
- Que la información compartida por un niño o adolescente generalmente se mantiene en privado y no se comparte con los padres, a menos que exista una indicación de que existe un peligro inminente para el niño u otras personas.

En caso de emergencia (incluidos los médicos y la preocupación por el peligro para sí mismo u otros), autorizo al personal de Thrive Behavioral Health a proporcionar o buscar tratamiento médico de emergencia u otras intervenciones necesarias para promover la seguridad.

**CLIENTES DE 16 AÑOS Y MAYORES:** La ley de Maryland otorga el derecho a cualquier persona de 16 años o más a participar en las decisiones sobre su tratamiento de salud mental. Sin embargo, un padre o tutor de una persona menor de 18 años puede autorizar el tratamiento, incluso por encima de la objeción del menor. La ley también señala que, en ocasiones, algunas personas no pueden tomar decisiones sobre el tratamiento. La ley de Maryland establece que tiene derecho a tomar decisiones por adelantado, incluidas las decisiones de tratamiento de salud mental, a través de un proceso llamado directiva anticipada. Una directiva anticipada se puede utilizar para indicar su elección de tratamiento o se puede usar para nombrar a un agente de atención médica, que es alguien que puede tomar decisiones de atención médica por usted.

\_\_\_\_\_ No tengo una directiva avanzada de salud mental, pero sé que puedo solicitar que mi terapeuta me ayude a desarrollar una si así que elige.

\_\_\_\_\_ Tengo una directiva avanzada y le proporcionaré a mi terapeuta una copia de esta directiva.

\_\_\_\_\_  
Cliente adulto o padre / tutor de un cliente menor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo / clínico

\_\_\_\_\_  
Fecha



Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

### Informacion Util

#### Plan de Crisis

En caso de una emergencia (por ejemplo, alguien que está en peligro de hacerse daño a sí mismos o a otras personas) u otras situaciones de crisis que no pueden esperar la respuesta de su terapeuta, puede comunicarse con nuestra clínica y acceder a la línea de emergencia fuera del horario habitual. Los operadores telefónicos pueden recomendarle que llame al 911, vaya a la sala de emergencias más cercana o que se comunique con uno de los siguientes:

**Línea directa para crisis de Anne Arundel:** 410-768-5522

**Respuesta de crisis de la ciudad de Baltimore:** 410-433-5175

**Respuesta de Crisis del Condado de Baltimore:** 410-931-2214

**Respuesta de Crisis del Condado de Harford:** 410-638-5248

**Respuesta de crisis del condado de Howard:** 410-531-6677

**Línea directa de crisis del condado de Montgomery:** 240-777-4000

**Línea directa de crisis de Prince George:** 301-429-2185

#### Derechos del Cliente

Los clientes tienen derecho a ser tratados **con respeto**, a **conocer su condición y su progreso**, a **participar en la planificación de su tratamiento y a que se les ofrezca una copia**, a que **soliciten sus registros de salud mental**, a menos que el equipo de tratamiento determine que causaría un daño divulgarlos, **para finalizar sus servicios En cualquier momento**, y para **conocer la naturaleza y efectos secundarios de los tratamientos**.

Puede solicitar **una transferencia de terapeuta por única vez** si siente que no se está conectando terapéuticamente con ellos. También puede solicitar **una transferencia de prescriptor por única vez** si hay uno disponible en su ubicación. Una vez que el proceso de descarga haya comenzado, las solicitudes de transferencia ya no serán concedidas.

#### Política de Quejas/Comentarios

Si no está conforme con la forma en que lo trataron o tiene una inquietud, le invitamos a que nos informe cómo podemos mejorar nuestro programa y nuestros servicios. Como tal, siga estos pasos:

Paso 1- Discute la preocupación con tu terapeuta.

Paso 2- Si cree que no se abordó su inquietud, puede comunicarse con un supervisor o dejar un mensaje al 410-780-5203.

Paso 3- Si ha tomado los pasos 1 y 2, puede enviar su reclamo por escrito y enviarlo por correo a nuestro programa. Diríjalo a la atención del Director del Programa en la dirección marcada anteriormente.

Paso 4- Tiene la opción de enviar un evento de seguridad del paciente o una inquietud a la Comisión Conjunta a través del sitio web: [https://www.jointcommission.org/report\\_a\\_complaint.aspx](https://www.jointcommission.org/report_a_complaint.aspx).

Thrive Behavioral Health también recibe comentarios a través de nuestras encuestas de satisfacción del cliente. Por favor, acceda a la encuesta en el enlace proporcionado aquí: <https://www.surveymonkey.com/r/ThriveCSS18>

#### Responsabilidades generales

- Sigue la **política de asistencia** y reúnete con tu terapeuta regularmente.
- Proporcione información **actualizada sobre teléfonos, direcciones y seguros** a Thrive.
- Asistir a las citas **despierto y alerta**. No se permite al personal reunirse con los clientes si parece que el cliente, el tutor o otras personas están durmiendo, arrastrando las palabras, asintiendo o otros indicadores de posibles complicaciones de medicamentos o uso de sustancias.
- **No grabe videos ni grabe a un miembro del personal**, visitante o local de Thrive sin el consentimiento por escrito de Thrive Behavioral Health.
- No **falsifique ni altere ningún documento** relacionado con Thrive Behavioral Health.
- No cometa **actos ilegales** mientras un miembro del personal de Thrive esté en las instalaciones o mientras se encuentre en un lugar de Thrive Behavioral Health.



Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

#### Responsabilidades de seguridad

- Bajo ninguna circunstancia se tolerarán **amenazas o comportamientos perturbadores**. Thrive se reserva el derecho de cerrar su caso inmediatamente si usted (o alguien más en la casa) grita, maldice o amenaza o implica una amenaza de daño hacia un miembro del personal o hacia otros cuando un miembro del personal está presente.
- Bajo ninguna circunstancia los visitantes pueden estar en posesión de **armas, alcohol, parafernalia de drogas o drogas ilegales** mientras estén en la clínica o en las instalaciones; y si está recibiendo servicios en el hogar, asegúrese de que su hogar o el entorno de tratamiento se mantengan libres de lo anterior en cualquier momento durante el cual el terapeuta esté presente brindando servicios.
- Informe a Thrive si hay un **delincuente sexual registrado** que vive o visita la casa para recibir servicios en el hogar. El personal no tiene permitido proporcionar servicios en el hogar donde vive o visita un delincuente sexual registrado.

#### Responsabilidades relacionadas con la medicación:

- Tomar los medicamentos según **lo prescrito**. El uso indebido, el uso excesivo y la interrupción / inicio de los medicamentos sin consultar con el profesional que receta pueden ser peligrosos.
- **Informar al prescriptor** de todos los medicamentos o sustancias que se toman o usan. Esto incluye metadona y vitaminas.
- Mantenga los medicamentos **cerrados y seguros**.
- Para clientes menores: asegúrese de que la medicación sea **supervisada por un adulto responsable**.

#### Política de Descargo

Thrive se reserva el derecho de cerrar el caso de un cliente en cualquier momento. Las razones para el alta incluyen:

- No cumplir con las responsabilidades generales, de seguridad o relacionadas con la medicación. El cumplimiento exitoso de los objetivos o del cliente ya no está experimentando síntomas de salud mental que cumplan con los criterios para un diagnóstico calificado.
- Una recomendación clínica de que un cliente necesita servicios más intensivos (es decir, una PIO o una colocación residencial).
- Si el enfoque principal del tratamiento está o está fuera del alcance de los servicios proporcionados por Thrive Behavioral Health (por ejemplo, abuso/uso de sustancias, trastorno del espectro autista, trastornos de la alimentación), esta agencia se referirá a un proveedor apropiado y es posible que tenga que terminar servicios.
- Un cliente no ha asistido a una cita en los últimos 60 días o no ha podido ser contactado por 60 días.
- El cliente y el terapeuta no pueden encontrar un lugar apropiado para reunirse para las sesiones de terapia.

Si un cliente es descargado, el programa notificará al cliente por escrito enviando una carta a la última dirección conocida y le proporcionará una lista de otros recursos en el área donde el cliente puede buscar tratamiento. El cliente puede volver a solicitar los servicios después de los 90 días y solicitar que se revise su caso para determinar (si el cliente es elegible para regresar y reanudar los servicios es apropiado). Si a un cliente ya se le ha enviado una carta de descargo, el cliente no recibirá una transferencia de terapeuta o prescriptor.

#### Horario de Programa

Las horas de oficina de Thrive son de 9am a 5:30pm, El lunes y jueves, de 9am a 5pm. el miércoles, de 9 a 3pm El viernes y las horas extendidas de la tarde los martes de 9am a 6:30pm. Los terapeutas prósperos generalmente trabajan en horarios laborales normales, pero los terapeutas individuales pueden trabajar horas adicionales según la necesidad y la disponibilidad.

#### Descripción del programa

Thrive ofrece servicios tanto clínicos como externos en el estado de Maryland. El programa externo Thrive ofrece servicios de salud mental para adultos, niños y familias en sus hogares y en la comunidad. Thrive también proporciona servicios de salud mental basados en la escuela. Thrive ofrecerá apoyo para encontrar transporte a citas psiquiátricas cuando estén disponibles. La terapia



Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

implica, a veces, discutir temas emocionales, dolorosos y apropiados para su edad. Esto incluye pero no se limita a las opciones de abuso pasado/actual, negligencia, trauma, cuidado personal, bienestar y control de la natalidad.

#### Comunicacion

Los terapeutas externos generalmente se comunican con los clientes a través de teléfonos celulares y mensajes de texto. Los mensajes de texto deben limitarse a la programación de citas y / o asistencia a la cita. Cualquier comunicación, además de la información relacionada con la programación de citas, debe realizarse durante la sesión o mediante una llamada telefónica. La falta de cumplimiento puede dar lugar a una referencia a otro entorno de tratamiento.

#### Tiempos de sesión terapéutica

Los médicos de Thrive ofrecen los siguientes tipos de citas y pueden variar según la necesidad clínica, los horarios y la disponibilidad del cliente:

Sesiones completas individuales y familiares que van de 38 a 60 minutos (adultos solo una sesión de terapia familiar completa)  
Sesiones breves individuales y familiares de 17 a 37 minutos y Terapia de grupo para 3 o más personas de 38 a 52 minutos.

#### Póliza de no pago/seguro

1. Certifico que el cliente (yo o mi hijo) no tiene seguro privado.
2. Certifico que el cliente (yo o mi hijo) no tiene Medicare.
3. Entiendo que seré responsable de cualquier tarifa que la compañía de seguros no reembolse, que Thrive no será consciente de la tarifa hasta después de que la compañía de seguros haya sido facturada, y que Thrive me informará sobre las tarifas una vez que se haya informado a Thrive .
4. Entiendo que cualquier problema de seguro que pueda tener es entre yo y mi compañía de seguros, no THRIVE.
5. Autorizo el pago directamente a THRIVE de los beneficios de seguro que de otra manera me serían pagaderos.
6. Entiendo que si no he proporcionado información precisa, Thrive puede cobrarme la tarifa normal y habitual según se determina en el momento en que se prestan los servicios y soy responsable de estas tarifas.
7. Si la cobertura del seguro cambia en cualquier momento, es mi responsabilidad notificar a Thrive sobre los cambios. Informaré inmediatamente al terapeuta si el cliente:
  - a. Tiene su asistencia médica cortada o ya no está activa
  - b. Tiene un seguro privado activo (generalmente a través de un trabajo o un trabajo de familiares) o adquiere Medicare
  - c. Aplica por discapacidad (ya que esto puede resultar en que el cliente reciba Medicare)

#### Compromiso familiar y apoyo natural

Thrive Behavioral Health reconoce la importancia de un sistema de apoyo en la vida de uno. Thrive fomenta la comunicación continua con un sistema de asistencia al cliente, según sea apropiado, particularmente en lo que respecta a la identificación de preferencias, necesidades, fortalezas y el progreso de la meta de apoyo.

Para los clientes adultos, Thrive agradece, pero no requiere, la participación de miembros de la familia, amigos, líderes religiosos y/u otras personas involucradas en apoyar el progreso de los clientes hacia las metas.

Para clientes de niños, adolescentes y adolescentes, Thrive enfatiza la importancia de la participación de la familia en el tratamiento. Se espera que los cuidadores / tutores participen en la terapia familiar de manera constante. La terapia familiar puede ayudar al niño, adolescente y / o adolescente a progresar a través de una amplia gama de intervenciones. Estas intervenciones incluyen: planificación de metas y revisión del progreso, identificar y apoyar el uso de habilidades de afrontamiento saludables, fomentar la comunicación positiva y el establecimiento de límites, reconocer las fortalezas sobre las que se puede desarrollar, identificar apoyos o recursos positivos y completar la planificación de la seguridad.

Thrive se reserva el derecho de interrumpir los servicios si no puede asistir a un plan de tratamiento mutuo con respecto a la participación de la familia en los servicios. Thrive no puede proporcionar servicios a menores cuyos padres no han revisado y firmado planes de tratamiento durante todo el tratamiento. Los clientes que tienen 16 o 17 años pueden dar su consentimiento para



Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

un tratamiento de salud mental en el estado de Maryland, pero Thrive requiere la participación de un padre/tutor para recetar medicamentos psicotrópicos.

Política de medicamentos

La política de Thrive es que no se escribirán recetas de benzodiazepina para clientes nuevos o que regresan. Por lo general, Thrive se remite al prescriptor anterior para reducir gradualmente las benzodiazepinas. Thrive no escribe resurtidos por recetas o medicamentos perdidos o robados. Los clientes deben estar presentes y ser vistos para que se escriba una receta. Se espera que los tutores legales y los cuidadores estén presentes en las citas.

Politica de asistencia

Si necesita reprogramar una cita, se comunicará con su terapeuta al menos 24 horas antes de la cita programada. Se considera una cita no presentada o perdida si usted:

- Avisar con menos de 24 horas para una cita a la que no asistirá
- Llegan más de 10 minutos tarde a citas de psiquiatría o terapia
- Si no está en el lugar de reunión acordado y no responde a los intentos de contactarlo.
- No se presente a su cita.

También reconoce que comprende que lo siguiente llevará al descargo de servicios inmediata:

- Falta de 3 o más citas en un período de 6 meses
- Falta una evaluación psiquiátrica o reevaluación.
- Falta 2 citas de psiquiatría en 6 meses.

Política de cita para la primera terapia

Su terapeuta principal se pondrá en contacto con usted dentro de 2 semanas. Si no tiene noticias de alguien, comuníquese con su terapeuta de admisión. Si no responde y asiste a una cita dentro de los 30 días posteriores a su admisión, asumiremos que ya no está interesado en los servicios y su caso se cerrará. Si este es el caso, puede comunicarse con su compañía de seguros o con uno de los números de crisis en el frente de esta página para buscar servicios en otro lugar.

\_\_\_\_\_  
Cliente adulto o padre / tutor de un cliente menor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo / clínico

\_\_\_\_\_  
Fecha



Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

## MÉDICO

- El cliente actualmente no tiene un PCP
- El cliente actualmente busca un PCP
- El cliente prefiere no lanzar en este momento
- El cliente no puede recuperar información

### Autorización y consentimiento para la divulgación de información

#### QUIEN

Al firmar a continuación, autorizo a **Thrive Behavioral Health** y a los miembros del personal a divulgar y recibir información escrita y/o verbal relacionada con el cliente mencionado anteriormente a la persona o agencia que se indica a continuación:

Para y de: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Direccion (si está disponible): \_\_\_\_\_ Fecha de Servicios: Any and all, a menos que se indique aquí:

#### QUE

Autorizo específicamente el intercambio de la siguiente información:

- Registros médicos
- Registros escolares y educativos
- Discusión verbal del caso (que incluye, entre otros, diagnóstico, asistencia, progreso del tratamiento, intervenciones, historia psicosocial y recomendaciones).
- Registros de salud mental que incluyen evaluaciones, planes de tratamiento individualizados e historial de medicación
- Información relacionada y / o incluyendo el uso de sustancias, antecedentes de abuso de sustancias, evaluación, tratamiento, progreso y referidos

Información relacionada y / o que incluye VIH, SIDA u otra información relacionada con ETS

Otro: \_\_\_\_\_

#### PORQUE

- Continuidad de la coordinación cuidado/tratamiento
- Solicitud del cliente o padre / tutor legal
- Propósitos legales
- Other: \_\_\_\_\_

#### Informacion Importante

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento no se verá afectado si no firmo esta autorización. Entiendo que los psiquiatras o enfermeros practicantes de Thrive no están obligados a recetar medicamentos si determinan que no tienen suficiente información para tomar una decisión médica informada.
- Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario y se especifique aquí: \_\_\_\_\_.
- Puedo revocar / retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de recibir la revocación / retiro, notificando Thrive por escrito de la retirada de la autorización para divulgar información.
- Una vez que mi información de salud es intercambiada / liberada, es posible que ya no esté protegida por la ley federal y que la persona (s) que la reciba pueda divulgarla.
- La información médica divulgada puede contener información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc.

#### Firma

Cliente/Guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relacion al cliente:  yo  Otro: \_\_\_\_\_ (debe tener tutela legal para autorizar la divulgación de información)



Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

## Psiquiatra anterior y / o proveedor de salud mental

- Actualmente no tiene un psiquiatra anterior
- No quiere divulgar información del psiquiatra anterior
- El cliente no puede recuperar información

### Autorización y consentimiento para la divulgación de información

#### QUIEN

Al firmar a continuación, autorizo a Thrive Behavioral Health y a los miembros del personal a divulgar y recibir información escrita y/o verbal relacionada con el cliente mencionado anteriormente a la persona o agencia que se indica a continuación:

Para y De: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Dirreccion (si esta disponible): \_\_\_\_\_ Fechas de Servicio: Any and all, a menos que se indique aquí:

#### QUE

Autorizo específicamente el intercambio de la siguiente información:

- \_\_\_ Registros médicos
- \_\_\_ Registros escolares y educativos
- \_\_\_ Discusión verbal del caso (que incluye, entre otros, diagnóstico, asistencia, progreso del tratamiento, intervenciones, historia psicosocial y recomendaciones).
- \_\_\_ Registros de salud mental que incluyen evaluaciones, planes de tratamiento individualizados e historial de medicación
- \_\_\_ Información relacionada y / o incluyendo el uso de sustancias, antecedentes de abuso de sustancias, evaluación, tratamiento, progreso y referidos

\_\_\_ Información relacionada y / o que incluye VIH, SIDA u otra información relacionada con ETS

\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

#### PORQUE

\_\_\_ Continuidad de la coordinación cuidado/tratamiento \_\_\_ Solicitud del cliente o padre / tutor legal \_\_\_ Propósitos legales \_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

#### Informacion Importante

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento no se verá afectado si no firmo esta autorización. Entiendo que los psiquiatras o enfermeros practicantes de Thrive no están obligados a recetar medicamentos si determinan que no tienen suficiente información para tomar una decisión médica informada.
- Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario y se especifique aquí: \_\_\_\_\_.
- Puedo revocar / retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de recibir la revocación / retiro, notificando Thrive por escrito de la retirada de la autorización para divulgar información.
- Una vez que mi información de salud es intercambiada / liberada, es posible que ya no esté protegida por la ley federal y que la persona (s) que la reciba pueda divulgarla.
- La información médica divulgada puede contener información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc.

#### Firma

Cliente/ Guardian Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relacion al Cliente: \_\_\_ Yo \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_ (debe tener tutela legal para autorizar la divulgación de información)



Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

## Hospitalización psiquiátrica previa

- No tiene proveedor anterior
- No quiere liberar información del proveedor anterior
- El cliente no puede recuperar información

### Autorización y consentimiento para la divulgación de información

#### QUIEN

Al firmar a continuación, autorizo a Thrive Behavioral Health y a los miembros del personal a divulgar y recibir información escrita y / o verbal relacionada con el cliente mencionado anteriormente a la persona o agencia que se indica a continuación:

Para y De: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Direccion (Si esta Disponible): \_\_\_\_\_ Fecha de Servicios : Any and all, a menos que se indique aquí: \_

#### QUE

Autorizo específicamente el intercambio de la siguiente información:

- Registros médicos
- Registros escolares y educativos
- Discusión verbal del caso (que incluye, entre otros, diagnóstico, asistencia, progreso del tratamiento, intervenciones, historia psicosocial y recomendaciones).
- Registros de salud mental que incluyen evaluaciones, planes de tratamiento individualizados e historial de medicación
- Información relacionada y / o incluyendo el uso de sustancias, antecedentes de abuso de sustancias, evaluación, tratamiento, progreso y referidos

\_\_\_ Información relacionada y / o que incluye VIH, SIDA u otra información relacionada con ETS

\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

#### PORQUE

\_\_\_ Continuidad de la coordinación cuidado/tratamiento \_\_\_ Solicitud del cliente o padre / tutor legal \_\_\_ Propósitos legales \_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

#### Información Importante

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento no se verá afectado si no firmo esta autorización. Entiendo que los psiquiatras o enfermeros practicantes de Thrive no están obligados a recetar medicamentos si determinan que no tienen suficiente información para tomar una decisión médica informada.
- Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario y se especifique aquí: \_\_\_\_\_.
- Puedo revocar / retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de recibir la revocación / retiro, notificando Thrive por escrito de la retirada de la autorización para divulgar información.
- Una vez que mi información de salud es intercambiada / liberada, es posible que ya no esté protegida por la ley federal y que la persona (s) que la reciba pueda divulgarla.
- La información médica divulgada puede contener información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc.

#### Firma

Cliente/ Guardian Legal: \_\_\_\_\_

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

Relacion al Cliente: \_\_\_ Yo \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_ (debe tener tutela legal para autorizar la divulgación de información)



Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

## Farmacia

- Cliente no tiene farmacia  
 No desea divulgar información hacia / desde la farmacia  
 El cliente no puede recuperar información

### Autorización y consentimiento para la divulgación de información

#### QUIEN

Al firmar a continuación, autorizo a **Thrive Behavioral Health** y a los miembros del personal a divulgar y recibir información escrita y / o verbal relacionada con el cliente mencionado anteriormente a la persona o agencia que se indica a continuación:

Para y De: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Direccion (Si esta Disponible): \_\_\_\_\_ Fecha de Servicios : Any and all, a menos que se indique aquí:

#### QUE

Autorizo específicamente el intercambio de la siguiente información:

- Registros médicos  
 Registros escolares y educativos  
 Discusión verbal del caso (que incluye, entre otros, diagnóstico, asistencia, progreso del tratamiento, intervenciones, historia psicosocial y recomendaciones).  
 Registros de salud mental que incluyen evaluaciones, planes de tratamiento individualizados e historial de medicación  
 Información relacionada y / o incluyendo el uso de sustancias, antecedentes de abuso de sustancias, evaluación, tratamiento, progreso y referidos  
 Información relacionada y / o que incluye VIH, SIDA u otra información relacionada con ETS  
 Otro: \_\_\_\_\_

#### PORQUE

Continuidad de la coordinación cuidado/tratamiento  Solicitud del cliente o padre / tutor legal  Propósitos legales  Other: \_\_\_\_\_

#### Información Importante

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento no se verá afectado si no firmo esta autorización. Entiendo que los psiquiatras o enfermeros practicantes de Thrive no están obligados a recetar medicamentos si determinan que no tienen suficiente información para tomar una decisión médica informada.
- Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario y se especifique aquí: \_\_\_\_\_.
- Puedo revocar / retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de recibir la revocación / retiro, notificando Thrive por escrito de la retirada de la autorización para divulgar información.
- Una vez que mi información de salud es intercambiada / liberada, es posible que ya no esté protegida por la ley federal y que la persona (s) que la reciba pueda divulgarla.
- La información médica divulgada puede contener información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc.

#### Firma

Cliente/ Guardian Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Relacion al Cliente:  Yo  Otro: \_\_\_\_\_ (debe tener tutela legal para autorizar la divulgación de información)



Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

### EDUCATIVO

- No accede a divulgar información a / desde la escuela
- El cliente no puede recuperar información
- No aplica

### Autorización y consentimiento para la divulgación de información

#### QUIEN

Al firmar a continuación, autorizo a **Thrive Behavioral Health** y a los miembros del personal a divulgar y recibir información escrita y / o verbal relacionada con el cliente mencionado anteriormente a la persona o agencia que se indica a continuación:

Para y De: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección (Si esta Disponible): \_\_\_\_\_ Fecha de Servicios : Any and all, a menos que se indique aquí:

#### QUE

Autorizo específicamente el intercambio de la siguiente información:

- \_\_\_ Registros médicos
- \_\_\_ Registros escolares y educativos
- \_\_\_ Discusión verbal del caso (que incluye, entre otros, diagnóstico, asistencia, progreso del tratamiento, intervenciones, historia psicosocial y recomendaciones).
- \_\_\_ Registros de salud mental que incluyen evaluaciones, planes de tratamiento individualizados e historial de medicación
- \_\_\_ Información relacionada y / o incluyendo el uso de sustancias, antecedentes de abuso de sustancias, evaluación, tratamiento, progreso y referidos
- \_\_\_ Información relacionada y / o que incluye VIH, SIDA u otra información relacionada con ETS
- \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

#### PORQUE

\_\_\_ Continuidad de la coordinación cuidado/tratamiento \_\_\_ Solicitud del cliente o padre / tutor legal \_\_\_ Propósitos legales \_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

#### Información Importante

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento no se verá afectado si no firmo esta autorización. Entiendo que los psiquiatras o enfermeros practicantes de Thrive no están obligados a recetar medicamentos si determinan que no tienen suficiente información para tomar una decisión médica informada.
- Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario y se especifique aquí: \_\_\_\_\_.
- Puedo revocar / retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de recibir la revocación / retiro, notificando Thrive por escrito de la retirada de la autorización para divulgar información.
- Una vez que mi información de salud es intercambiada / liberada, es posible que ya no esté protegida por la ley federal y que la persona (s) que la reciba pueda divulgarla.
- La información médica divulgada puede contener información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc.

#### Firma

Cliente/ Guardian Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al Cliente: \_\_\_ Yo \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_ (debe tener tutela legal para autorizar la divulgación de información)



Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

## PRP u otro proveedor actual de tratamiento

No aplica

### Autorización y consentimiento para la divulgación de información

#### QUIEN

Al firmar a continuación, autorizo a **Thrive Behavioral Health** y a los miembros del personal a divulgar y recibir información escrita y / o verbal relacionada con el cliente mencionado anteriormente a la persona o agencia que se indica a continuación:

Para y De: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección (Si esta Disponible): \_\_\_\_\_ Fecha de Servicios : Any and all, a menos que se indique aquí:

#### QUE

Autorizo específicamente el intercambio de la siguiente información:

Registros médicos

Registros escolares y educativos

Discusión verbal del caso (que incluye, entre otros, diagnóstico, asistencia, progreso del tratamiento, intervenciones, historia psicosocial y recomendaciones).

Registros de salud mental que incluyen evaluaciones, planes de tratamiento individualizados e historial de medicación

Información relacionada y / o incluyendo el uso de sustancias, antecedentes de abuso de sustancias, evaluación, tratamiento, progreso y referidos

Información relacionada y / o que incluye VIH, SIDA u otra información relacionada con ETS

Otro: \_\_\_\_\_

#### PORQUE

Continuidad de la coordinación cuidado/tratamiento  Solicitud del cliente o padre / tutor legal  Propósitos legales  Other: \_\_\_\_\_

#### Información Importante

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento no se verá afectado si no firmo esta autorización. Entiendo que los psiquiatras o enfermeros practicantes de Thrive no están obligados a recetar medicamentos si determinan que no tienen suficiente información para tomar una decisión médica informada.
- Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario y se especifique aquí: \_\_\_\_\_.
- Puedo revocar / retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de recibir la revocación / retiro, notificando Thrive por escrito de la retirada de la autorización para divulgar información.
- Una vez que mi información de salud es intercambiada / liberada, es posible que ya no esté protegida por la ley federal y que la persona (s) que la reciba pueda divulgarla.
- La información médica divulgada puede contener información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc.

#### Firma

Cliente/ Guardian Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al Cliente:  Yo  Otro: \_\_\_\_\_ (debe tener tutela legal para autorizar la divulgación de información)



Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

## Agencia de referencia

No aplica

### Autorización y consentimiento para la divulgación de información

#### QUIEN

Al firmar a continuación, autorizo a **Thrive Behavioral Health** y a los miembros del personal a divulgar y recibir información escrita y / o verbal relacionada con el cliente mencionado anteriormente a la persona o agencia que se indica a continuación:

Para y De: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección (Si esta Disponible): \_\_\_\_\_ Fecha de Servicios : Any and all, a menos que se indique aquí:

#### QUE

Autorizo específicamente el intercambio de la siguiente información:

- Registros médicos
- Registros escolares y educativos
- Discusión verbal del caso (que incluye, entre otros, diagnóstico, asistencia, progreso del tratamiento, intervenciones, historia psicosocial y recomendaciones).
- Registros de salud mental que incluyen evaluaciones, planes de tratamiento individualizados e historial de medicación
- Información relacionada y / o incluyendo el uso de sustancias, antecedentes de abuso de sustancias, evaluación, tratamiento, progreso y referidos

Información relacionada y / o que incluye VIH, SIDA u otra información relacionada con ETS

Otro: \_\_\_\_\_

#### PORQUE

Continuidad de la coordinación cuidado/tratamiento  Solicitud del cliente o padre / tutor legal  Propósitos legales  Other: \_\_\_\_\_

#### Información Importante

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento no se verá afectado si no firmo esta autorización. Entiendo que los psiquiatras o enfermeros practicantes de Thrive no están obligados a recetar medicamentos si determinan que no tienen suficiente información para tomar una decisión médica informada.
- Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario y se especifique aquí: \_\_\_\_\_.
- Puedo revocar / retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de recibir la revocación / retiro, notificando Thrive por escrito de la retirada de la autorización para divulgar información.
- Una vez que mi información de salud es intercambiada / liberada, es posible que ya no esté protegida por la ley federal y que la persona (s) que la reciba pueda divulgarla.
- La información médica divulgada puede contener información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc.

#### Firma

Cliente/ Guardian Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al Cliente:  Yo  Otro: \_\_\_\_\_ (debe tener tutela legal para autorizar la divulgación de información)



Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

## Consentimiento para la divulgación de información-Otro

No aplica

### Autorización y consentimiento para la divulgación de información

#### QUIEN

Al firmar a continuación, autorizo a **Thrive Behavioral Health** y a los miembros del personal a divulgar y recibir información escrita y / o verbal relacionada con el cliente mencionado anteriormente a la persona o agencia que se indica a continuación:

Para y De: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Direccion (Si esta Disponible): \_\_\_\_\_ Fecha de Servicios : Any and all, a menos que se indique aquí:

#### QUE

Autorizo específicamente el intercambio de la siguiente información:

\_\_ Registros médicos

\_\_ Registros escolares y educativos

\_\_ Discusión verbal del caso (que incluye, entre otros, diagnóstico, asistencia, progreso del tratamiento, intervenciones, historia psicosocial y recomendaciones).

\_\_ Registros de salud mental que incluyen evaluaciones, planes de tratamiento individualizados e historial de medicación

\_\_ Información relacionada y / o incluyendo el uso de sustancias, antecedentes de abuso de sustancias, evaluación, tratamiento, progreso y referidos

\_\_ Información relacionada y / o que incluye VIH, SIDA u otra información relacionada con ETS

\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

#### PORQUE

\_\_ Continuidad de la coordinación cuidado/tratamiento \_\_ Solicitud del cliente o padre / tutor legal \_\_ Propósitos legales \_\_ Other: \_\_\_\_\_

#### Informacion Importante

Entiendo que:

- Esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento no se verá afectado si no firmo esta autorización. Entiendo que los psiquiatras o enfermeros practicantes de Thrive no están obligados a recetar medicamentos si determinan que no tienen suficiente información para tomar una decisión médica informada.
- Esta autorización es válida por 1 año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario y se especifique aquí: \_\_\_\_\_.
- Puedo revocar / retirar esta autorización, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de recibir la revocación / retiro, notificando Thrive por escrito de la retirada de la autorización para divulgar información.
- Una vez que mi información de salud es intercambiada / liberada, es posible que ya no esté protegida por la ley federal y que la persona (s) que la reciba pueda divulgarla.
- La información médica divulgada puede contener información relacionada con el estado del VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, abuso de drogas y alcohol, etc.

#### Firma

Cliente/ Guardian Legal: \_\_\_\_\_

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

Relacion al Cliente: \_\_ Yo \_\_ Otro: \_\_\_\_\_ (debe tener tutela legal para autorizar la divulgación de información)



Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

### Informacion Util

#### Plan de Crisis

En caso de una emergencia (por ejemplo, alguien que está en peligro de hacerse daño a sí mismos oa otras personas) u otras situaciones de crisis que no pueden esperar la respuesta de su terapeuta, puede comunicarse con nuestra clínica y acceder a la línea de emergencia fuera del horario habitual. Los operadores telefónicos pueden recomendarle que llame al 911, vaya a la sala de emergencias más cercana o que se comunique con uno de los siguientes:

**Línea directa para crisis de Anne Arundel:** 410-768-5522

**Respuesta de crisis de la ciudad de Baltimore:** 410-433-5175

**Respuesta de Crisis del Condado de Baltimore:** 410-931-2214

**Respuesta de Crisis del Condado de Harford:** 410-638-5248

**Respuesta de crisis del condado de Howard:** 410-531-6677

**Línea directa de crisis del condado de Montgomery:** 240-777-4000

**Línea directa de crisis de Prince George:** 301-429-2185

#### Derechos del Cliente

Los clientes tienen derecho a ser tratados **con respeto**, a **conocer su condición y su progreso**, a **participar en la planificación de su tratamiento y a que se les ofrezca una copia**, a que **soliciten sus registros de salud mental**, a menos que el equipo de tratamiento determine que causaría un daño divulgarlos, **para finalizar sus servicios En cualquier momento**, y para **conocer la naturaleza y efectos secundarios de los tratamientos**.

Puede solicitar **una transferencia de terapeuta por única vez** si siente que no se está conectando terapéuticamente con ellos. También puede solicitar **una transferencia de prescriptor por única vez** si hay uno disponible en su ubicación. Una vez que el proceso de descarga haya comenzado, las solicitudes de transferencia ya no serán concedidas.

#### Política de Quejas/Comentarios

Si no está conforme con la forma en que lo trataron o tiene una inquietud, le invitamos a que nos informe cómo podemos mejorar nuestro programa y nuestros servicios. Como tal, siga estos pasos:

Paso 1-Discute la preocupación con tu terapeuta.

Paso 2- Si cree que no se abordó su inquietud, puede comunicarse con un supervisor o dejar un mensaje al 410-780-5203.

Paso 3- Si ha tomado los pasos 1 y 2, puede enviar su reclamo por escrito y enviarlo por correo a nuestro programa. Diríjalo a la atención del Director del Programa en la dirección marcada anteriormente.

Paso 4- Tiene la opción de enviar un evento de seguridad del paciente o una inquietud a la Comisión Conjunta a través del sitio web: [https://www.jointcommission.org/report\\_a\\_complaint.aspx](https://www.jointcommission.org/report_a_complaint.aspx).

Thrive Behavioral Health también recibe comentarios a través de nuestras encuestas de satisfacción del cliente. Por favor, acceda a la encuesta en el enlace proporcionado aquí: <https://www.surveymonkey.com/r/ThriveCSS18>

#### Responsabilidades generales

- Sigue la **política de asistencia** y reúnete con tu terapeuta regularmente.
- Proporcione información **actualizada sobre teléfonos, direcciones y seguros** a Thrive.
- Asistir a las citas **despierto y alerta**. No se permite al personal reunirse con los clientes si parece que el cliente, el tutor o otras personas están durmiendo, arrastrando las palabras, asintiendo o otros indicadores de posibles complicaciones de medicamentos o uso de sustancias.
- **No grabe videos ni grabe a un miembro del personal**, visitante o local de Thrive sin el consentimiento por escrito de Thrive Behavioral Health.
- No **falsifique ni altere ningún documento** relacionado con Thrive Behavioral Health.
- No cometa **actos ilegales** mientras un miembro del personal de Thrive esté en las instalaciones o mientras se encuentre en un lugar de Thrive Behavioral Health.





Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

#### Responsabilidades de seguridad

- Bajo ninguna circunstancia se tolerarán **amenazas o comportamientos perturbadores**. Thrive se reserva el derecho de cerrar su caso inmediatamente si usted (o alguien más en la casa) grita, maldice o amenaza o implica una amenaza de daño hacia un miembro del personal o hacia otros cuando un miembro del personal está presente.
- Bajo ninguna circunstancia los visitantes pueden estar en posesión de **armas, alcohol, parafernalia de drogas o drogas ilegales** mientras estén en la clínica o en las instalaciones; y si está recibiendo servicios en el hogar, asegúrese de que su hogar o el entorno de tratamiento se mantengan libres de lo anterior en cualquier momento durante el cual el terapeuta esté presente brindando servicios.
- Informe a Thrive si hay un **delincuente sexual registrado** que vive o visita la casa para recibir servicios en el hogar. El personal no tiene permitido proporcionar servicios en el hogar donde vive o visita un delincuente sexual registrado.

#### Responsabilidades relacionadas con la medicación:

- Tomar los medicamentos según **lo prescrito**. El uso indebido, el uso excesivo y la interrupción / inicio de los medicamentos sin consultar con el profesional que receta pueden ser peligrosos.
- **Informar al prescriptor** de todos los medicamentos o sustancias que se toman o usan. Esto incluye metadona y vitaminas.
- Mantenga los medicamentos **cerrados y seguros**.
- Para clientes menores: asegúrese de que la medicación sea **supervisada por un adulto responsable**.

#### Política de Descargo

Thrive se reserva el derecho de cerrar el caso de un cliente en cualquier momento. Las razones para el alta incluyen:

- No cumplir con las responsabilidades generales, de seguridad o relacionadas con la medicación. El cumplimiento exitoso de los objetivos o del cliente ya no está experimentando síntomas de salud mental que cumplan con los criterios para un diagnóstico calificado.
- Una recomendación clínica de que un cliente necesita servicios más intensivos (es decir, una PIO o una colocación residencial).
- Si el enfoque principal del tratamiento está o está fuera del alcance de los servicios proporcionados por Thrive Behavioral Health (por ejemplo, abuso/uso de sustancias, trastorno del espectro autista, trastornos de la alimentación), esta agencia se referirá a un proveedor apropiado y es posible que tenga que terminar servicios.
- Un cliente no ha asistido a una cita en los últimos 60 días o no ha podido ser contactado por 60 días.
- El cliente y el terapeuta no pueden encontrar un lugar apropiado para reunirse para las sesiones de terapia.

Si un cliente es descargado, el programa notificará al cliente por escrito enviando una carta a la última dirección conocida y le proporcionará una lista de otros recursos en el área donde el cliente puede buscar tratamiento. El cliente puede volver a solicitar los servicios después de los 90 días y solicitar que se revise su caso para determinar (si el cliente es elegible para regresar y reanudar los servicios es apropiado). Si a un cliente ya se le ha enviado una carta de descargo, el cliente no recibirá una transferencia de terapeuta o prescriptor.

#### Horario de Programa

Las horas de oficina de Thrive son de 9am a 5:30pm, El lunes y jueves, de 9am a 5pm. el miércoles, de 9 a 3pm El viernes y las horas extendidas de la tarde los martes de 9am a 6:30pm. Los terapeutas prósperos generalmente trabajan en horarios laborales normales, pero los terapeutas individuales pueden trabajar horas adicionales según la necesidad y la disponibilidad.





Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

### Descripción del programa

Thrive ofrece servicios tanto clínicos como externos en el estado de Maryland. El programa externo Thrive ofrece servicios de salud mental para adultos, niños y familias en sus hogares y en la comunidad. Thrive también proporciona servicios de salud mental basados en la escuela. Thrive ofrecerá apoyo para encontrar transporte a citas psiquiátricas cuando estén disponibles. La terapia implica, a veces, discutir temas emocionales, dolorosos y apropiados para su edad. Esto incluye pero no se limita a las opciones de abuso pasado/actual, negligencia, trauma, cuidado personal, bienestar y control de la natalidad.

### Comunicación

Los terapeutas externos generalmente se comunican con los clientes a través de teléfonos celulares y mensajes de texto. Los mensajes de texto deben limitarse a la programación de citas y / o asistencia a la cita. Cualquier comunicación, además de la información relacionada con la programación de citas, debe realizarse durante la sesión o mediante una llamada telefónica. La falta de cumplimiento puede dar lugar a una referencia a otro entorno de tratamiento.

### Tiempos de sesión terapéutica

Los médicos de Thrive ofrecen los siguientes tipos de citas y pueden variar según la necesidad clínica, los horarios y la disponibilidad del cliente:

Sesiones completas individuales y familiares que van de 38 a 60 minutos (adultos solo una sesión de terapia familiar completa)  
Sesiones breves individuales y familiares de 17 a 37 minutos y Terapia de grupo para 3 o más personas de 38 a 52 minutos.

### Póliza de no pago/seguro

1. Certifico que el cliente (yo o mi hijo) no tiene seguro privado.
2. Certifico que el cliente (yo o mi hijo) no tiene Medicare.
3. Entiendo que seré responsable de cualquier tarifa que la compañía de seguros no reembolse, que Thrive no será consciente de la tarifa hasta después de que la compañía de seguros haya sido facturada, y que Thrive me informará sobre las tarifas una vez que se haya informado a Thrive .
4. Entiendo que cualquier problema de seguro que pueda tener es entre yo y mi compañía de seguros, no THRIVE.
5. Autorizo el pago directamente a THRIVE de los beneficios de seguro que de otra manera me serían pagaderos.
6. Entiendo que si no he proporcionado información precisa, Thrive puede cobrarme la tarifa normal y habitual según se determina en el momento en que se prestan los servicios y soy responsable de estas tarifas.
7. Si la cobertura del seguro cambia en cualquier momento, es mi responsabilidad notificar a Thrive sobre los cambios. Informaré inmediatamente al terapeuta si el cliente:
  - a. Tiene su asistencia médica cortada o ya no está activa
  - b. Tiene un seguro privado activo (generalmente a través de un trabajo o un trabajo de familiares) o adquiere Medicare
  - c. Aplica por discapacidad (ya que esto puede resultar en que el cliente reciba Medicare)

### Compromiso familiar y apoyo natural

Thrive Behavioral Health reconoce la importancia de un sistema de apoyo en la vida de uno. Thrive fomenta la comunicación continua con un sistema de asistencia al cliente, según sea apropiado, particularmente en lo que respecta a la identificación de preferencias, necesidades, fortalezas y el progreso de la meta de apoyo.

Para los clientes adultos, Thrive agradece, pero no requiere, la participación de miembros de la familia, amigos, líderes religiosos y/u otras personas involucradas en apoyar el progreso de los clientes hacia las metas.

Para clientes de niños, adolescentes y adolescentes, Thrive enfatiza la importancia de la participación de la familia en el tratamiento. Se espera que los cuidadores / tutores participen en la terapia familiar de manera constante. La terapia familiar puede ayudar al niño, adolescente y / o adolescente a progresar a través de una amplia gama de intervenciones. Estas intervenciones incluyen: planificación de metas y revisión del progreso, identificar y apoyar el uso de habilidades de afrontamiento saludables, fomentar la





Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

comunicación positiva y el establecimiento de límites, reconocer las fortalezas sobre las que se puede desarrollar, identificar apoyos o recursos positivos y completar la planificación de la seguridad.

Thrive se reserva el derecho de interrumpir los servicios si no puede asistir a un plan de tratamiento mutuo con respecto a la participación de la familia en los servicios. Thrive no puede proporcionar servicios a menores cuyos padres no han revisado y firmado planes de tratamiento durante todo el tratamiento. Los clientes que tienen 16 o 17 años pueden dar su consentimiento para un tratamiento de salud mental en el estado de Maryland, pero Thrive requiere la participación de un padre/tutor para recetar medicamentos psicotrópicos.

#### Política de medicamentos

La política de Thrive es que no se escribirán recetas de benzodiazepina para clientes nuevos o que regresan. Por lo general, Thrive se remite al prescriptor anterior para reducir gradualmente las benzodiazepinas. Thrive no escribe resurtidos por recetas o medicamentos perdidos o robados. Los clientes deben estar presentes y ser vistos para que se escriba una receta. Se espera que los tutores legales y los cuidadores estén presentes en las citas.

#### Política de asistencia

Si necesita reprogramar una cita, se comunicará con su terapeuta al menos 24 horas antes de la cita programada. Se considera una cita no presentada o perdida si usted:

- Avisar con menos de 24 horas para una cita a la que no asistirá
- Llegan más de 10 minutos tarde a citas de psiquiatría o terapia
- Si no está en el lugar de reunión acordado y no responde a los intentos de contactarlo.
- No se presente a su cita.

También reconoce que comprende que lo siguiente llevará al descargo de servicios inmediata:

- Falta de 3 o más citas en un período de 6 meses
- Falta una evaluación psiquiátrica o reevaluación.
- Falta 2 citas de psiquiatría en 6 meses.

#### Política de cita para la primera terapia

Su terapeuta principal se pondrá en contacto con usted dentro de 2 semanas. Si no tiene noticias de alguien, comuníquese con su terapeuta de admisión. Si no responde y asiste a una cita dentro de los 30 días posteriores a su admisión, asumiremos que ya no está interesado en los servicios y su caso se cerrará. Si este es el caso, puede comunicarse con su compañía de seguros o con uno de los números de crisis en el frente de esta página para buscar servicios en otro lugar.





Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

LEY DE RESPONSABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO [HIPAA]  
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.**

**Definición de términos:**

Cuando decimos "usted" en este Aviso, nos referimos al paciente o participante de la investigación que es el sujeto de la información médica. Cuando decimos "nosotros", "nuestro", "nos", "THRIVE" o "Thrive" nos referimos a una o más de las organizaciones THRIVE. Cuando decimos "información médica" o "información de atención médica", incluimos información que lo identifica y le informa sobre su condición de salud física o mental pasada, presente o futura y sobre la provisión de la atención médica que le brindamos.

**Protección de su información de atención médica protegida:**

Thrive Behavioral Health (THRIVE) se compromete a proteger su información de atención médica. Con el fin de proporcionar tratamiento, THRIVE solicitará cierta información de salud y la información de salud se incluirá en su registro médico. El registro médico por lo general contiene sus síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos y registros de tratamientos proporcionados por su terapeuta y / o psiquiatra. Esa información, conocida como su registro médico, y legalmente regulada como información de salud puede ser utilizada para una variedad de propósitos. THRIVE debe seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso, aunque THRIVE se reserva el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos del Aviso en cualquier momento. Se le proporcionará una nueva copia del aviso cuando lo solicite THRIVE.

**Cómo THRIVE puede usar su información de atención médica protegida:**

Los empleados de THRIVE solo usarán su información de atención médica para fines relacionados con su tratamiento. Para usos más allá de lo que THRIVE normalmente hace, THRIVE debe contar con su autorización escrita a menos que la ley lo permita o lo exija. Los siguientes son algunos ejemplos de nuestros posibles usos y divulgaciones de su información de atención médica.

**Usos y divulgaciones relacionados con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica:**

**Para tratamiento:** THRIVE puede usar o compartir su información de atención médica para aprobar o denegar el tratamiento y para determinar si su tratamiento médico es apropiado. Por ejemplo, es posible que los proveedores de THRIVE necesiten revisar su plan de tratamiento con su proveedor de atención médica por necesidad médica y coordinación de la atención. Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeras, terapeutas, estudiantes u otras personas involucradas en su tratamiento de atención médica.

**Pago:** THRIVE puede usar y compartir su información de salud para facturar y cobrar el pago de sus servicios de atención médica y para determinar su elegibilidad para participar en nuestros servicios. Por ejemplo, su proveedor de atención médica puede enviar reclamos por el pago de los servicios médicos prestados para usted, a fin de recibir el pago o reembolsarle los servicios.

**Operaciones de atención médica:** THRIVE puede usar y compartir su información de atención médica para evaluar la calidad de los servicios prestados, o para nuestros auditores estatales y federales. Su información médica también puede ser utilizada o divulgada para cumplir con leyes y regulaciones, propósitos de acreditación, reclamos de pacientes, reclamos o demandas, contratos de atención médica relacionados con nuestras operaciones, servicios legales, planificación y desarrollo comercial, administración y administración comercial, la venta de todas o partes de THRIVE a otra organización, suscripciones y otras actividades de seguros para operar la organización THRIVE.

**Otros usos y divulgaciones de información de atención médica requeridos o permitidos por la ley:**

**Recordatorios de citas:** Podemos comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita con un proveedor.

**Alternativas de tratamiento:** Podemos comunicarnos con usted para informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan interesarle.

**Beneficios y servicios relacionados con la salud:** Podemos comunicarnos con usted sobre los beneficios u otros servicios que brindamos.

**Fines informativos:** A menos que nos brinde instrucciones alternativas, THRIVE puede enviarle recordatorios de citas y otros materiales del programa a su hogar.

**Requerido por la ley:** Divulgaremos su información médica cuando así lo requiera la ley federal o estatal.





Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

**Divulgaciones de salud pública:** THRIVE puede divulgar información médica sobre usted para fines de salud pública. Estos propósitos generalmente incluyen lo siguiente:

- \* Prevenir o controlar enfermedades (como cáncer o tuberculosis), lesiones o discapacidades; \* informando eventos vitales como nacimientos y muertes;
- \* reportar abuso o negligencia infantil; \* notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; \* notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; \* notificar a la autoridad gubernamental apropiada según lo autorice o requiera la ley si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso físico o sexual, negligencia o violencia doméstica.

Actividades de supervisión de la salud: THRIVE puede divulgar su información de atención médica a otras divisiones en el departamento y otras agencias para actividades de supervisión requeridas por la ley. Ejemplos de estas actividades son auditorías, inspecciones, investigaciones y licencias.

**Médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerarias y donaciones de órganos:** En la mayoría de los casos, THRIVE puede divulgar información de atención médica relacionada con fallecimiento, médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias, y a organizaciones autorizadas relacionadas con donaciones o trasplantes de órganos, ojos o tejidos.

**Motivo de investigación:** En ciertas circunstancias, y bajo la supervisión de nuestra Junta de Revisión Institucional u otra junta de privacidad designada, THRIVE puede divulgar información de atención médica para ayudar en la investigación médica. Su información médica puede ser importante para futuros esfuerzos de investigación y el desarrollo de nuevos conocimientos.

**Evite la amenaza a la salud o la seguridad:** Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad, THRIVE puede divulgar información de salud según sea necesario para las fuerzas del orden u otras personas que razonablemente puedan prevenir o amenazar una amenaza grave e inminente a su salud y seguridad para el público u otra persona.

**Servicios de protección para el presidente de EE. UU. Y otros:** Según lo autorice o exija la ley, podemos divulgar su información médica a funcionarios federales autorizados para que puedan realizar investigaciones especiales o brindar protección al presidente de EE. UU., A otras personas autorizadas o a jefes de estado extranjeros.

**Militar:** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica a las autoridades militares, según lo autorice o exija la ley.

**Familias, amigos u otras personas incluidas en tu cuidado:** A menos que diga que no, THRIVE puede divulgar su información médica a cualquier persona involucrada en su atención médica o en el pago de su atención. Dichas personas incluyen familiares, amigos o cualquier persona que identifique. THRIVE también puede compartir información de salud con personas para notificarles sobre su ubicación, estado general o muerte.

**Compensación de trabajadores:** THRIVE puede divulgar información de atención médica a los programas de compensación para trabajadores que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin importar su culpa. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Directorios de pacientes:** El plan de atención médica bajo el cual está inscripto no mantiene un directorio para las divulgaciones a las personas que llaman o visitantes que preguntan por usted por su nombre. Su nombre no será identificado por un visitante o visitante desconocido sin su autorización.

**Procedimientos legales, demandas y otras acciones legales:** Podemos divulgar información médica a tribunales, abogados y empleados judiciales cuando recibimos una orden judicial, citación, solicitud de descubrimiento, orden de detención, citación u otras instrucciones legales de esos tribunales u organismos públicos y en el curso de ciertos otros procedimientos legales, judiciales o administrativos. o para defendernos contra una demanda presentada contra nosotros.

**Cumplimiento de la ley:** Si así lo solicitan las autoridades policiales, y según lo autorice o exija la ley, podemos divulgar información médica:

- \* para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- \* sobre una víctima suspendida de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de las personas;
- \* sobre una muerte sospechosa de ser el resultado de una conducta delictiva;
- \* sobre conducta criminal en THRIVE
- \* en caso de una emergencia médica, para reportar un crimen, la ubicación del crimen o las víctimas, o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

**Otros usos de la información médica:** Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este Aviso se realizarán solo con su autorización por escrito. Si nos proporciona una autorización (permiso) para usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar (retirar) esa autorización (permiso), por escrito, en cualquier momento.





Phone (410) 780-5203

1114 Benfield Blvd Suite G  
Millersville, MD 21108  
Fax (410) 987-4301

8967 Yellow Brick Rd  
Rosedale, MD 21237  
Fax (410) 780-5205

12501 Prosperity Dr Suite 235  
Silver Spring, MD 20904  
Fax (240) 641-8042

5740 Executive Dr #220  
Catonsville, MD 21228  
Fax (410) 747-7000

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ MA#: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST \_\_\_\_\_ Zipcode \_\_\_\_\_

#### CRISP:

Elegimos participar en el Sistema de información regional de Chesapeake para nuestros pacientes, Inc. (CRISP), un intercambio de información de salud a nivel estatal. Según lo permitido por la ley, su información de salud se compartirá con este intercambio a fin de proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública a tomar decisiones más informadas. Puede optar por no participar y deshabilitar todo acceso a su información de salud disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completando y enviando un formulario de exclusión a CRISP por correo, fax oa través de su sitio web en [www.crisphealth.org](http://www.crisphealth.org).

#### Sus derechos con respecto a su información médica:

**Derecho a solicitar restricciones:** Puede solicitar restricciones o limitaciones sobre la información de atención médica que THRIVE usa o divulga sobre usted. THRIVE acomodará su solicitud si es posible, pero no está legalmente obligado a aceptar la restricción solicitada. Si THRIVE acepta una restricción, THRIVE la seguirá, excepto en situaciones de emergencia.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Puede solicitar que THRIVE se comunique con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado.

**Derecho a solicitar una divulgación:** Tiene derecho a solicitar que divulguemos su información médica por un motivo que no se proporciona en este Aviso. Por ejemplo, es posible que desee que su abogado tenga una copia de sus registros médicos.

**Derecho a inspeccionar y copiar:** Con ciertas excepciones (como notas de psicoterapia, información recopilada para ciertos procedimientos legales e información médica restringida por ley) usted tiene derecho a ver su información de atención médica previa solicitud por escrito. Si desea copias de su información de salud, se le puede cobrar una tarifa por la copia, según sus circunstancias. Tiene derecho a elegir qué partes de su información desea copiar, y a tener información previa sobre el costo de la copia.

**Derecho a solicitar una enmienda:** Puede solicitar por escrito que THRIVE corrija o agregue a su registro de salud. THRIVE puede denegar la solicitud si THRIVE determina que la información de salud es 1) correcta y completa; 2) no creado por nosotros y / o no forma parte de nuestros registros; 3) no permitido a ser revelado. Si THRIVE aprueba la solicitud de enmienda, THRIVE cambiará la información de salud y le informará, e informará a otros que necesitan saber sobre el cambio en su información de atención médica.

**Derecho a un informe de divulgaciones:** Puede solicitar una lista de divulgaciones hechas de su información de salud seis años antes de su solicitud. Las excepciones son información de salud que se ha utilizado para tratamiento, pago y operaciones. Además, THRIVE no tiene que enumerar las divulgaciones hechas a usted, en base a su autorización por escrito, proporcionada para seguridad nacional, a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley o instalaciones correccionales. No habrá ningún cargo por hasta una lista mencionada cada año.

**Derecho a una copia en papel de este aviso:** Tiene derecho a recibir una copia en papel de este Aviso y / o copia electrónica por correo electrónico si así lo solicita.

#### Preguntas o quejas:

Por favor, póngase en contacto con la oficina al 410-780-5203

THRIVE no tomará medidas de represalia contra usted si presenta tales quejas.

Fecha de vigencia: 15 de febrero de 2017 y reemplaza las versiones anteriores.

