

Patient Name: _____

Coastal Mental Health Center

DECLARACION DE DERECHOS DEL PACIENTE

1. Tienes el derecho al cuidado y el tratamiento considerada y respetuosa, y es rendido sin discriminación a causa de raza, religión, sexo, desventajas o origen nacional.
2. Tienes el derecho de consentir a o negarse cualquier servicio después de que la explicación de las consecuencias de cualquier elección haya sido explicada.
3. Tienes el derecho a la evaluación y el tratamiento individualizados, incluyendo revisión periódica y participación activa.
4. Tienes el derecho a recibir de su médico / terapeuta la información necesaria para dar consentimiento informado para la realización de los siguientes procedimientos:

A) Admisión voluntaria al programa;	D) Participación en cualquier proyecto de investigación
B) La liberación de información confidencial;	E) Su transferencia a otra facilidad
C) La utilización de medicina innecesaria o excesiva	F) Tratamientos de recuperacion

Excepción en situaciones de emergencia, tal información debe incluir: el procedimiento específico y o el tratamiento, los riesgos médicamente significativos implicaron y la duración probable de su tratamiento, y del nombre de la persona responsable de las modalidades de servicios o tratamiento.

5. Tienes el derecho a la intimidad personal dentro de su plan individual de tratamiento.
6. Tienes el derecho de esperar que todas las comunicaciones y los registros que pertenecen a su cuidado serán tratados como Confidencial (Lea Nota Conectada de HIPPA para la Información de privacidad). La discusión del caso, la consulta, el examen y el tratamiento son confidenciales y deben ser realizado con discreción. Esos que no están directamente involucrados en su cuidado deben tener su permiso para estar presente.
7. Tienes el derecho de ser transferido o para ser descargado sólo por razones médicas, para su bienestar o de otros pacientes. Se le dará aviso razonable si se transfieren o se descarga. Notificaciones y acciones serán documentadas en su registro médico.
8. Tienes el derecho de informar un abuso.
 - LINEA DIRECTA DE ABUSO** 1-800-962-2873 (96-ABUSE)
 - Registro de Abuso de la Florida** 1-800-96 ABUSE or (800) 342-9152
 - Consejo Defensa de la Florida central** 1-800-342-0825
 - Consejo Defensa de Personas con discapacidad** 1-800-342-0823

- A) Procedimientos de Abuso y números telefónicos son anunciados.
- B) Cualquier dificultad en leer este número debe ser informado a su terapeuta.

9. Tienes el derecho a ser informados de sus derechos como paciente en el idioma que usted entiende más, incluyendo este documento o alguna otra descripción escrita de sus derechos como paciente.
10. Tienes el derecho a presentar una petición para un mandato de hábeas corpus o para la reparación de agravios, para preguntar la causa y la legalidad cuando sus derechos sean abusados.
11. Tienes el derecho a un abogado, o cualquier otro profesional, en relación con su tratamiento por su propia cuenta.
12. Tienes el derecho de revisar su registro medico con su terapeuta a una hora predeterminada. (Por favor, envíe por escrito. Por favor, recuerde todas las notas psyhotherapy están excluidos.)
13. Si usted cree que alguno de sus derechos están siendo violados o denegados, por favor póngase en contacto con el Partidario del Paciente.

Estos derechos me han sido explicados por un miembro del personal de la COASTAL MENTAL HEALTH CENTER, reconozco mi entendimiento de ellos con mi firma.

Firma del paciente / Guardián Legal

Fecha

DECLARACION DE CONFIDENCIALIDAD: La información contenida en este facsímil es información privilegiada y confidencial destinado únicamente para el uso de la persona o entidad nombrada como destinatario. Si el lector no es el destinatario, la difusión de cualquier, distribución o copia de esta comunicación está estrictamente prohibido. Si usted ha recibido esta comunicación por error, por favor de no revelar esta comunicación a ninguna otra persona. Por favor notifique

inmediatamente por teléfono y devolver el original a nosotros en la dirección arriba indicada.