HANOVER TOWNSHIP

Supervisor
Brian P. McGuire

Clerk
Katy Dolan Baumer

Assessor
Thomas S. Smogolski

Trustees
Alisa "Lee" Beattie
Craig Essick
Eugene N. Martinez
Khaja Moinuddin

Administrator
James C. Barr, MPA

CUESTIONARIO DE HISTORIA FAMILIAR

Este cuestionario tiene la intención de dar información a la terapeuta que puede ayudarle con los servicios que el/ella provee a su familia. La información es confidencial y no podemos dar esta información a otra persona sin su permiso escrito. Si usted necesita más espacio para contestar las preguntas, por favor usa el otro lado de la página.

Fecha: _____

EL NIÑO QUIEN HA SIDO REFERIDO PARA TERAPIA:

Nombre del niño/a _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Sexo: _____ (M/F)

Raza/origen étnico (Marcar con un círculo): O Afroamerican O Asiático/Isleno O Paćifico
O Bi-Raciál O Caucásico O Hispano
O Indio/Americano Nativo O Otro

Direccion

_____

(Ciudad/Codigo Postal)

¿QUIENES SON LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA MISMA CASA CON ESE NIÑO?

Nombre/Apellido	Relación al niño	Ocupación de los padres/guardianes	Fecha de nacimiento	Edad

MIEMBROS DE LA FAMILIA INMEDIATA DEL NIÑO/A QUE VIVEN EN OTRO LUGAR
(Inclusive padres biológicos o adoptivos, madrastras, padrastres y hermanos biológicos o adoptivos):

Nombre/Apellido	Relación al niño	Fecha de nacimiento	Edad

Phone: (630) 837-0301 • 250 South IL Route 59, Bartlett, Illinois 60103 • Fax: (630) 837-9064
www.hanover-township.org • info@hanover-township.org

El PROBLEMA ACTUAL

1. Explica en sus propias palabras cuales son los problemas que tienen su familia ahorita:

2. ¿Cuales intentos ya han tratado Uds. para resolver los problemas?

HISTORIA FAMILIAR

1. La historia marital y/o de otros relaciones importantes de los padres:

MADRE			PADRE		
Esposo/pareja	Fechas (de/hasta)	Num. de hijos con:	Esposa/pareja	Fechas (de/hasta)	Num. de hijos con:

2. Haga una lista de las residencias anteriores del niño/a (con las fechas y ciudades)

3. ¿Ha vivido el niño referido con alguien aparte de su familia inmediata? (especificamente con quién y por cuánto tiempo):

4. ¿Ha muerto alguien importante para su hijo/familia? (especificamente quién y cuándo)

_____

_____

5. La religión de su familia: _____

HISTORIA MÉDICA Y PSIQUIÁTRICA

1. ¿Tiene la familia un médico de cabecera? Sí ☐ No ☐

2. ¿Tiene su hijo/a o otra persona en la familia algún problema médico?
Sí ☐ No ☐

Si contestó "sí," por favor explica el problema: _____

_____

_____

3. Haga una lista de los miembros de la familia que están tomando algún medicamento:

Nombre de la persona	Medicamento	Cantidad	El médico	Desde cuándo

4. ¿Durante los seis meses anteriores, ha tenido su hijo/a o otra persona en la familia algún cambio significativo o importante (por ej. de sueño, peso, estado de ánimo, concentración, etc.)? Por favor, explica quién y el tipo de cambio.

_____

_____

_____

_____

5. ¿Ha sido hospitalizado su hijo/a o otra persona en la familia por tratamiento psiquiátrico? Por favor, haga una lista con el nombre, hospital, y las fechas del tratamiento:

_____

_____

_____

6. ¿Ha recibido consejería o psicoterápia anteriormente para su hijo/a o otra persona en la familia?
Sí ☐ No ☐

Nombre de la persona	Agencia/Terapeuta	Fechas	¿Le ayudó?

HISTORIA ESCOLAR

1. Marcar el grado que han logrado los padres:

Madre:	Primaria 8	High School 12	GED ○	Universidad 18
Padre:	Primaria 8	High School 12	GED ○	Universidad 18

2. Marcar el grado que han logrado otros adultos que viven en la casa y cuidan del niño:

_____: Nombre del adulto	Primaria 8	High School 12	GED ○	Universidad 18
_____: Nombre del adulto	Primaria 8	High School 12	GED ○	Universidad 18

3. ¿Asistió su hijo/a a una escuela preescolar (por ej. un programa "Head Start")?
Sí ☐ No ☐

4. Describa el funcionamiento académico de su hijo/a desde empezó a ir a la escuela:

	Bajo de normal	Normal	Sobre de normal	Superior
Primaria				
Junior High				
High School				

5. ¿Ha recibido su hijo/a servicios especiales educativos por problemas del aprendizaje o del comportamiento? Sí ☐ No ☐

Por favor explica los servicios: _____

_____

6. ¿Ha recibido su hijo/a servicios de la trabajadora social de su escuela? Sí ☐ No ☐

7. ¿Le han dado a su hijo/a examenes educativos o psicológicos en la escuela? ¿Cuándo y cuáles examenes? _____

_____

8. ¿Por qué querían darle estos examenes? _____

_____

9. ¿Ha sido algún cambio en el funcionamiento académico o en el comportamiento escolar de su hijo/a en el año pasado? _____

_____

_____

ESTADO LEGAL

1. Por favor indica el estado legal ahora y en el pasado de cada persona en la familia (con las fechas):

Nombre	Pendiente	Supervisión	Libertad vigilada	Prisión	Libertad provisional

2. Si usted quiere, explica las circunstancias: _____

_____

_____

POR FAVOR, ESCRIBA ALGO MÁS QUE USTED PIENSA QUE SEA IMPORTANTE :

_____

_____

_____

_____

_____

Escriba los nombres de las personas que contestaron las preguntas en este cuestionario.

_____

_____

POR FAVOR ESCRIBA ESTOS NUMEROS DE TELÉFONO PARA QUE PODAMOS HABLARLE:

En casa: _____ Código de área/número

Trabajo: _____ (padre) Código de área/número

Trabajo: _____ (madre) Código de área/núm.

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y COOPERACIÓN.

HANOVER
TOWNSHIP

Supervisor
Brian P. McGuire
Clerk
Katy Dolan Baumer
Assessor
Thomas S. Smogolski
Trustees
Alisa "Lee" Beattie
Craig Essick
Eugene N. Martinez
Khaja Moinuddin
Administrator
James C. Barr, MPA

HANOVER TOWNSHIP YOUTH AND FAMILY SERVICES CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONFIDENCIALIDAD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CLIENTES QUE BUSCAN RECIBIR TRATAMIENTO

Bienvenidos a Hanover Township Youth and Family Services (HTYFS). Agradecemos su confianza en permitir HTYFS a asistirlos con sus asuntos personales. Por favor tómese el tiempo de leer y entender este documento y si alguna porción no es clara, pregunte a su terapeuta.

Este documento contiene información importante acerca de nuestros servicios profesionales y la norma de negocios. También contiene un resumen de información acerca de la "Health Insurance Portability and Accountability Act" (HIPAA), una ley federal que provee protección de privacidad y protección de derechos de cliente con relación al uso y divulgación de su información de salud protegida (PHI) cual se usa para el propósito de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud. HIPAA requiere que le proveamos una Notificación de Practicas de Privacidad. La acompañante Notificación de Practicas de Privacidad explica el acto HIPAA y su pertinencia a su Información de Salud Protegida (PHI) en mayor detalle. La ley requiere que HTYFS obtenga firma de clientes reconocido que hemos proveído a clientes esta información antes que HTYFS pueda proveer cualquier servicio. Un cliente puede revocar este acuerdo por escrito a cualquier hora.

SERVICIOS DISPONIBLES

Hanover Township Youth and Family Services ofrece servicios de tratamiento a pacientes de consulta externa a los residentes de Hanover Township. HTYFS sirve familias con niños de edades 0 a 19 años. Terapeutas con estudios de maestría conducen evaluaciones, proveen tratamiento individual, matrimonial, familiar, de grupo, y coordinan casos según indicado. La terapia no es fácil de describir en términos generales. Varía dependiendo de las personalidades del terapeuta y del cliente, y de los problemas particulares que está experimentando el cliente. Hay muchos métodos diferentes que terapeutas de HTYFS pueden usar para tratar los problemas a los cuales los clientes esperan dirigirse. La terapia exige un esfuerzo activo del parte del cliente. Para que la terapia tenga mayor éxito, tendrán que ser activos en el proceso de tratamiento y pueden estar requeridos a completar tareas ambos en casa y en sesión.

Ofrecemos grupos de apoyo y programas de educación comunitaria, así como información y servicios de referencia a otros servicios en la comunidad.

Nos reservamos el derecho de determinar si la admisión o la continuación de nuestros servicios son clínicamente apropiados.

Phone: (630) 837-0301 • 250 South IL Route 59, Bartlett, Illinois 60103 • Fax: (630) 837-9064
www.hanover-township.org • info@hanover-township.org

CITA DE EVALUACIÓN

Cuando nos llama por teléfono nosotros hacemos una cita para una evaluación familiar. El propósito de esta evaluación es para que usted comparta información con nosotros acerca de por qué está buscando ayuda y cuáles son sus expectativas del tratamiento. El terapeuta que lo va a entrevistar le va a dar un estimado del tiempo que va a transcurrir antes de que un terapeuta pueda empezar a verlo regularmente. También el terapeuta que lo está evaluando le puede proveer información de otras agencias en el área que pueden proveer tratamiento más rápidamente o que puede ser más apropiado para sus necesidades.

LISTA DE ESPERA

Si usted está interesado en un tratamiento continuo, nosotros trataremos de empezar a verlo regularmente lo más pronto posible. Sin embargo, el número de personas que han solicitado nuestros servicios antes que usted y dependiendo de qué tan rápido terminen su tratamiento va a determinar en cuánto tiempo nuestros terapeutas podrán tomar nuevos casos de nuestra lista de espera. Si usted tiene flexibiblidad en los días y horas en los que puede venir, su espera puede ser menor.

Nos reservamos el derecho de negar su petición de proporcionarle servicios si consideramos que no es recomendable que usted espere el tiempo que nuestra lista de espera requiere. En este caso le ofreceremos información de otra agencia en el área.

Si usted está en la lista de espera, y si la fecha que se le dio está acercándose, usted puede llamarnos para averiguar cuánto tiempo más va a tener que esperar. También puede llamarnos si su flexibilidad en días y horas cambiara.

TARIFAS

Nosotros cobramos una tarifa por los servicios que proporcionamos. No se cobra por sus citas de evaluación, presentaciones de educación a la comunidad y algunos grupos. Aunque nuestro costo real por sesión es de más de $75, la cuota que se le cobrará al cliente puede ser reducida parcialmente de acuerdo con el ingreso de la familia y el número de personas que dependen de ese ingreso.

Las tarifas serán determinadas por el terapeuta y usted en la primera sesión de tratamiento y empezará en esa primera sesión. Usted y su terapeuta firmarán un acuerdo en donde se establece el costo de cada sesión. En situaciones especiales puede ser necesaria la aprobación de un supervisor clínico. A nadie se le negarán servicios por no tener dinero para pagar.

Usted deberá pagar su cuota a la recepcionista antes de cada sesión. Si usted paga con cheque, haga el cheque a nombre de Hanover Township Youth and Family Services. Usted recibirá un recibo al momento de pagar su cuota. No enviaremos facturas por correo, sin embargo usted puede solicitar una copia de su estado de cuenta.

Su terapeuta recibirá una copia de su recibo y hablará directamente con usted si usted no paga su cuota. El no pagar la cuota que se acordó puede resultar en la terminación de su tratamiento.

Los clientes previos que soliciten servicios nuevamente necesitarán cubrir cualquier saldo pendiente.

CITAS CANCELADAS O CITAS PERDIDAS

Si usted no puede asistir a su cita esperamos que nos llame para cancelar a más tardar 24 horas antes de su cita. Si no cancela su cita con 24 horas de anticipación se le cobrará como si hubiera asistido a la sesión, o si usted no se presenta a su sesión sin avisar. Si surgen situaciones que le impiden asistir a su sesión, le recomendamos que las discuta con su terapeuta lo antes posible.

Si usted no se presenta a su cita de evaluación y no nos avisa, nosotros asumiremos que usted ya no está interesado en obtener servicios con nosotros. Una vez que usted haya empezado su tratamiento si no se presenta a dos sesiones consecutivas sin avisar, asumiremos que no está interesado en recibir nuestros servicios.

Si usted no se presenta a tres sesiones de seis sesiones consecutivas sin una buena justificación, nosotros asumiremos que ya no está interesado en venir a su terapia.

SEGURO MEDICO

Nosotros no mandamos facturas a las compañías aseguradoras por los servicios que prestamos. Si usted planea pedir un reembolso a su compañía aseguradora, nosotros podemos proporcionarle información escrita a su compañía aseguradora después de recibir su autorización firmada.

CONFIDENCIALIDAD

Los estándares legales y éticos requieren que mantengamos la confidencialidad. No podemos divulgar información sin su consentimiento por escrito. Hay dos excepciones mayores. Cuando sospechemos que hay abuso infantil o negligencia, la ley manda que reportemos los casos al Departamento de Niños y Familia de Illinois. Nosotros podemos compartir información para proteger a alguien de un peligro serio o de muerte. Otras excepciones son de carácter civil y criminal. Es en nuestro mejor interés el hacer todo lo posible para asegurar la confidencialidad de nuestros archivos.

Para recibir terapia, nuestros clientes menores de 12 años necesitan el consentimiento de por lo menos uno de los padres, el guardián legal o la persona que tiene la custodia. Los clientes de edades entre los 12 y 16 años pueden recibir hasta cinco sesiones de terapia sin que los padres sepan o den su consentimiento, pero después de esas cinco sesiones se debe obtener consentimiento. A los 17 años, la persona puede dar su propio consentimiento para el tratamiento.

GRABACIONES EN VIDEO / AUDIO / O SUPERVISION EN VIVO

Algunas veces nosotros podemos solicitar permiso para grabar en video o en audio sus sesiones y también para proporcionar supervisión en vivo a través de un espejo por motivos terapéuticos, de supervisión o educacionales. Sin embargo, usted no está obligado a autorizar que graben en video o en audio, o que supervisen en vivo. Si quisiéramos grabarlo en video o en audio o proveer supervisión en vivo, se le presentará una forma especial para que la firme.

COMPORTAMIENTO ESPERADO

Así como usted puede confiar en que nuestro personal que lo tratará a usted y a su familia de forma respetuosa y profesional, nosotros esperamos que usted sea respetuoso con nuestro personal y la propiedad del Municipio. Si usted tiene algún problema en cualquiera de estas áreas, nosotros trataremos de corregirlo con usted para asegurar el bienestar y la seguridad de nuestros clientes y personal. Sepa por favor que todo nuestro personal e internos reciben supervisión regularmente para discutir su trabajo con los clientes. Hanover Township Servicios Juveniles y Familiares se reserva el derecho de terminar servicios en caso de que la conducta de un cliente o el comportamiento inapropiado del mismo ponga en peligro el bienestar y la seguridad de cualquiera de sus clientes o personal.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotros nos dedicamos a proveer servicios de calidad y a ayudar a tomar decisiones informadas en el tratamiento que recibe con nosotros.

Requerimos que traiga esta forma con usted a su cita de evaluación y la firme en presencia del terapeuta.

He leído y entendido la información respecto a servicios, citas de evaluación, lista de espera, tarifas, citas canceladas, seguro médico, confidencialidad, grabaciones de video y audio y el comportamiento esperado. Mi firma en la parte posterior indica que doy mi consentimiento total e informado para recibir servicios en Hanover Township Servicios Juveniles y Familiares.

Cliente (mayor de 17 años)		Fecha
Cliente (mayor de 17 años)		Fecha
Cliente (mayor de 17 años)		Fecha
Cliente (12 a 16 años)	Padre/Guardián	Fecha
Cliente (12 a 16 años)	Padre/Guardián	Fecha
Cliente (12 a 16 años)	Padre/Guardián	Fecha
Cliente (menor de 12 años)	Padre/Guardián	Fecha
Cliente (menor de 12 años)	Padre/Guardián	Fecha
Cliente (menor de 12 años)	Padre/Guardián	Fecha
Testigo		Fecha

Supervisor
Brian P. McGuire
Clerk
Katy Dolan Baumer
Assessor
Thomas S. Smogolski
Trustees
Alisa "Lee" Beattie
Craig Essick
Eugene N. Martinez
Khaja Moinuddin
Administrator
James C. Barr, MPA

Aviso Sobre Prácticas de Confidencialidad

Este aviso describe como se puede utilizar y divulgar información medica sobre usted por Hanover Township Youth and Family Services y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Lea cuidadosamente este aviso.

Comprensión de su Información De Salud Protegida

Cuando nos visita, se realiza un registro de sus síntomas, evaluaciones, plan de tratamiento y otra información sobre su salud mental o médica. Su registro es la propiedad física de Hanover Township Youth and Family Services, la información dentro de el cual pertenece a usted. Estar consciente de el contenido en su registro, le ayudará a tomar decisiones más informadas al autorizar su divulgación a otras personas. En utilizar y divulgar su información de salud protegida (PHI), nuestro objetivo es seguir la normas de privacidad de el Federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) y los requisitos de la Ley de Illinois.

Su Registro Médico y Lo Salud Mental Sirve Como:

- Una base de planificación para su cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los profesionales de salud que pueden contribuir a su cuidado
- Un documento legal que describe la atención médica recibida
- Un medio por el cual usted o un tercer pagador puede comprobar que realmente se prestaron los servicios facturados
- Una fuente de información para funcionarios de salud pública encargados de mejorar la salud de la nación
- Una fuente de datos para planificación de la instalación
- Un instrumento con el que podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que rendimos y los resultados que obtenemos.

Responsabilidades de Hanover Township Youth and Family Services

Nosotros estamos obligados a:

- Mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI) como requerido por la ley y proporcionarle aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida que recopilamos y mantenemos sobre usted.
- Acatar por los términos de este aviso vigente en vigor. Tenemos el derecho de cambiar nuestro aviso de prácticas de privacidad y

Phone: (630) 837-0301 • 250 South IL Route 59, Bartlett, Illinois 60103 • Fax: (630) 837-9064
www.hanover-township.org • info@hanover-township.org

- hacer la nueva provisión efectiva para toda la información protegida de salud que mantenemos, incluyendo aquella obtenida antes del cambio. Si nuestras prácticas de proporcionar información llegaran a cambiar, un anuncio con los nuevos cambios será puesto en la sala de recepción y le proporcionaremos una copia, a petición suya.
- Notificarle si no se puede llegar a un acuerdo sobre alguna restricción solicitada.
- Complacer las solicitudes razonables para comunicarse con usted acerca de información de salud protegida por medios alternativos o en lugares alternativos. Por ejemplo, tal vez no desee que algún miembro de su familia este a el tanto que usted está siendo visto en Hanover Township Youth and Family Services. Si usted lo solicita, nos comunicaremos con usted, si es necesario, en una ubicación diferente.
- Utilizar o revelar información sobre su salud sólo con su autorización, excepto como se describe en este aviso.

Sus Derechos de Información de Salud Protegida (PHI)

Usted tiene derecho a:

- Revisar y obtener una copia en papel de la notificación de prácticas de privacidad a petición suya y de su información de salud. El cliente no tienen derecho a tener acceso o puede obtener una copia de: Notas de terapia y algunas otras excepciones. Se puede aplicar cargo monetarios a las copias.
- Solicitar y proporcionan una autorización por escrito y permiso para liberar la información para propósitos de tratamiento fuera de esta oficina y las operaciones de tratamiento y atención de la salud. Esta autorización no incluye notas de terapia o cualquier cinta de audio y vídeo que se ha hecho, con su permiso, por su proveedor de salud mental.
- Revocar su autorización por escrito en cualquier momento para utilizar, divulgar o restringir la información de salud excepto cuando ya se han tomado medidas.
- Solicitar una restricción en ciertos usos al igual que revelación de información de salud protegida, pero no estamos obligados a aceptar la solicitud de restricción. Debe dirigir su solicitud de restricción por escrito al director de Hanover Township Youth and Family Services. Le notificaremos dentro de 10 días si no podemos acceder a la restricción.
- Solicitar que modifiquemos su información de salud mediante la presentación de una solicitud por escrito incluyendo los motivos que apoyan la petición dirigida al director de Hanover Township Youth Family Services. No estamos obligados a aceptar la modificación solicitada.
- Solicitar comunicaciones confidenciales de información sobre su salud por medios alternativos o en lugares alternativos.

Revelaciones De Tratamiento, Pago Y Operaciones De Salud

Hanover Township Youth and Family Service puede hacer uso de su PHI, con su consentimiento, en las siguientes circunstancias:

***Tratamiento*:** Información obtenida por su terapeuta será anotada en su registro y se utilizará para determinar la dirección y coordinación del tratamiento que se le prestará a usted.

Para Operaciones de Cuidado de salud: Los miembros de la administración de Hanover Township, pueden utilizar la información de su registro de salud para evaluar el rendimiento y las operaciones de nuestros servicios. Esta información se utilizará en un esfuerzo para mejorar continuamente la calidad y la eficacia del cuidado de salud mental y los servicios que ofrecemos.

Divulgación a otros fuera de Hanover Township Youth and Family Services: Si usted nos da una autorización escrita, usted podrá revocarla por escrito en cualquier momento, pero esa revocación no afectará cualquier divulgación permitida por su autorización mientras esa se encontraba en vigente. No utilizaremos ni revelaremos información sobre su salud sin su autorización, excepto como se describe a continuación para reportar serias amenazas de salud o seguridad, o abuso/ negligencia de niños o adultos.

II. Hanover Township Youth and Family Services utilizará su PHI, sin su consentimiento o autorización, en las siguientes circunstancias:

Maltrato infantil*:* Si tenemos causa razonable para sospechar que un niño conocido por nosotros en el curso de los deberes profesionales ha sido abusado o descuidado, o tenemos razones para creer que un niño conocido por nosotros en el curso de los deberes profesionales ha sido amenazado con abuso o abandono y que se producirá el abuso o descuido de tal niño, debemos informar esto al departamento pertinente de condado, agencia de
bienestar infantil (Welfare Services), policía o departamento del sheriff.

Adultos y abuso doméstico*:* Si creemos que un adulto vulnerable (ej. persona incapacitada o residente de instalaciones para minusválidos) es la víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros crímenes, podemos reportar esa información al departamento correspondiente del condado o al oficial de estado.

Grave amenaza para la salud o seguridad*:* Si tenemos razón para creer, ejerciendo nuestro mejor juicio y nuestro cuidado y habilidad profesional, que usted puede causar daños graves a si mismo u otra persona, tomaremos los pasos, sin su consentimiento, para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su cuidado, su ubicación y condición general con el fin de proteger a si mismo u otra persona de daños. Esto puede incluir hospitalización.

Procedimientos judiciales o administrativos*:* Si usted está implicado en un procedimiento de corte y se inicia una solicitud para obtener información acerca de su diagnóstico y tratamiento y los registros de los mismos, dicha información es privilegiada bajo la ley estatal y no divulgaremos esa información sin autorización escrita por usted o por su representante personal o representante legalmente designado, o una orden de citación judicial. El privilegio no se aplica cuando están siendo evaluados por una tercera parte o donde la evaluación es ordenada por la corte.

***Como es requerido por la ley para seguridad nacional y la aplicación de la ley*:** Podemos revelar a las autoridades militares la información sobre la salud del personal de las fuerzas armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar a autoridades militares la información de la salud del personal de Fuerzas armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar información a funcionarios federales autorizados, información sobre su salud requerida para la inteligencia lícita, el contraespionaje y otras actividades nacionales de la seguridad. Podemos revelar información de salud para propósitos de aplicación de la ley según exige la ley o en respuesta a un mandato judicial válido.

Descuido de la ley/salud: Según exige la ley nosotros podemos revelar información sobre su salud. Por ejemplo, si el Departamento de Illinois de Regulaciones Profesionales solicita que les proporcionemos registros a ellos para la investigación de un reclamo contra un proveedor, nosotros debemos acceder a tal petición.

Compensación de Trabajadores: Podemos revelar información de salud hasta el punto autorizado por usted y hasta el punto necesario para estar conformes con las leyes que relacionan a la compensación de trabajadores u otros programas semejantes establecidos por la ley; podemos ser requeridos a testificar.

Según exige la ley para propósitos de salud pública: Por ejemplo según exige la ley, nosotros podemos revelar su información de salud a autoridades sanitarias o legales a cargo de prevenir y controlar enfermedades, heridas, o incapacidades.

Asociados de negocios: Hay algunos servicios proporcionados a Hanover Township Youth and Family Services a través de contratos con asociados de negocios. Ejemplos incluyen apoyo tecnologico para nuestro sistema de computación. Cuando estos servicios son contratados, puede que divulguemos su información de salud a nuestro asociado de negocios para que pueda realizar el trabajo que le hemos pedido que se realice. Asociados de negocios son necesarios para proteger su información.

Para más información o para reportar un problema:

Si usted tiene preguntas y desea información adicional, por favor, pregunte a su terapeuta. El/ella le proporcionará con información adicional o le pondrá en contacto con el director de Hanover Township Youth and Family Services, Tina Houdek, LCPC a el número 630-483-5799.

Si le preocupa que sus derechos de privacidad han sido violados, o si no está de acuerdo con una decisión que hemos hecho sobre el acceso a su información de salud, o si le gustaría hacer una solicitud para enmendar o restringir el uso o la divulgación de su información de salud, puede comunicarse con:

Tina Houdek, Director, Hanover Township Youth and Family Services, 250 S. Rt. 59, Bartlett, IL 60130 Phone: (630) 483-5799

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted también puede presentar una queja con:

Secretary of the U.S Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights

US. Department of Health & Human Services
150 S. Independence Mall West – Suite 372
Philadelphia, PA 19106-3499
(215) 861-4441; (215) 861-4440(TDD) Fax: (215) 861-4431
También puede visitar este sitio web para las formas:
http://www.hhs.gov/ocr/privacyhowtofile.htm

Hanover Township Youth and Family Services respeta su derecho a la privacidad de su información de salud. No habrá ninguna represalia de ningún modo si usted presenta una queja con nosotros o con el US. Department of Health and Human Services.