

## Consentimiento informado

Fecha de entrada en vigor: [Insertar fecha]

**¡Bienvenido a BHcare!** Queremos brindarle atención y servicios seguros, respetuosos y útiles. Este formulario explica sus derechos, cómo protegemos su privacidad, qué servicios y atención ofrecemos y qué puede esperar. Léalo detenidamente y haga preguntas antes de firmarlo.

**BHcare ofrece muchos servicios y atención que pueden prestarse en persona, en línea o en su comunidad, entre los que se incluyen:**

- Asesoramiento, terapia y atención psiquiátrica
- Servicios de vivienda y residenciales de apoyo
- Gestión de casos y derivaciones

**Hogar de salud conductual:** Entiendo que puedo ser elegible para los servicios de hogar de salud conductual, que ofrecen gestión de la atención, apoyo al cliente y a la familia, y conexiones con la comunidad.

**Recibir servicios y atención en BHcare es su elección.**

- Puede dejar de recibir los servicios o la atención en cualquier momento. Esto no afectará sus derechos ni su acceso a otros cuidados o servicios, a menos que el hecho de dejar de recibirlos le haga perder la elegibilidad para determinados programas de BHcare.
- También puede cambiar o cancelar su permiso para compartir información en cualquier momento.

**Recibir servicios o atención puede tener beneficios y riesgos, y puede ser único para cada persona. Estos pueden incluir, entre otros:**

<i>Beneficios</i>	<i>Riesgos</i>
Sentirse mejor emocional y mentalmente	Hablar de temas difíciles puede causar tristeza o estrés temporal
Recibir ayuda de profesionales dedicados	Es posible que tengas que seguir ciertas reglas o rutinas
Aprender nuevas habilidades y crear seguridad y apoyo	Siempre que se comparte información existe un pequeño riesgo. Para garantizar su seguridad, seguimos leyes de privacidad muy estrictas.

**Privacidad y confidencialidad:** Sus registros son privados y están protegidos por las leyes federales y de Connecticut. Puede retirar su consentimiento para compartir información en cualquier momento, a menos que sea necesario por motivos de seguridad o para la prestación de servicios o atención (por ejemplo, gestión de medicamentos, respuesta a crisis).

*BHcare solo compartirá su información cuando:*

- Usted firme un consentimiento válido por escrito.
- El personal de BHcare necesite comunicarse con otro personal de BHcare para coordinar sus servicios/atención
- Exista una orden judicial válida o un documento legal que nos obligue a compartir su información
- Exista una crisis o un riesgo para la seguridad, y el personal necesite consultar con otras personas para garantizar su seguridad. Incluso en ese caso, solo se compartirá la información mínima necesaria
- La ley lo permita (por ejemplo, si alguien está en peligro o se debe denunciar un caso de abuso o negligencia).

**Fotografía del cliente para el registro médico electrónico (EHR)**

BHcare puede solicitarle que se tome una fotografía para su registro médico electrónico. Esto ayuda al personal a asegurarse de que están trabajando con la persona correcta y garantiza su seguridad. Su fotografía está protegida por las mismas leyes de privacidad que el resto de su registro y no se compartirá fuera de BHcare a menos que usted dé su consentimiento o lo exija la ley. *Puede optar por no tomarse la fotografía, lo cual no afectará su capacidad para recibir tratamiento/servicios.*

**Sus derechos y responsabilidades:**

Usted tiene derecho a:	Usted es responsable de:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtener información clara sobre sus servicios o atención médica.</li> <li>• Hacer preguntas y participar en la planificación de sus servicios/atención</li> <li>• Interrumpir los servicios/atención o cambiar el consentimiento para compartir información</li> <li>• Recibir servicios/atención en su idioma o formato preferido</li> <li>• Esperar servicios/atención seguros, respetuosos y culturalmente sensibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser honesto y activo en sus servicios/atención</li> <li>• Cumplir las normas de seguridad y del programa</li> </ul>

**En caso de emergencia,** el personal de BHcare puede llamar al 911 u otros servicios de emergencia para garantizar su seguridad y la de otras personas. Solo se compartirá la información necesaria para garantizar la seguridad.

Tiene derecho a hacer preguntas y/o presentar una queja en cualquier momento. Presentar una queja no dará lugar a sanciones ni represalias:

Responsable de Cumplimiento y Privacidad de BHcare | **Brandi Sabato, MS, LPC**  
📞 (203) 800-7130 | [complyline@bhcare.org](mailto:complyline@bhcare.org)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos  
**Oficina de Derechos Civiles** | 📞 1-800-368-1019

### Consentimiento y reconocimiento

Al firmar a continuación, usted acepta que:

- Ha leído este consentimiento o se lo han explicado. Entiende los riesgos, los beneficios y sus derechos.
- Acepta recibir los servicios de BHcare y permite la coordinación interna necesaria entre el personal involucrado en su atención/servicios.
- Se le ha proporcionado la Guía de compromiso y recursos del cliente y comprende su contenido.

Firma del cliente \_\_\_\_\_

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

Fecha

Firma del tutor \_\_\_\_\_

Nombre del tutor \_\_\_\_\_

Fecha