

## **Bem-vindo ao Wayside Youth & Family Support Network, Inc.**

*Wayside Youth & Family Support Network* é uma agência sem fins lucrativos que oferece uma variedade de serviços para jovens/crianças e suas famílias. Esses serviços incluem Terapia em casa, Consultas no Ambulatório, Coordenação Intensiva, Serviços de Apoio Comunitário, Educação Especial e Tratamento durante o Dia e Serviços Residenciais. Todos os serviços começam com uma abrangente avaliação que 1) estabelece a necessidade médica para serviços de saúde comportamental 2) identifica os pontos fortes e necessidades de uma criança/jovem e família. Com o envolvimento familiar, necessidades são priorizadas e um plano de ação individual é desenvolvido para objetivos específicos. Obrigado por escolher *Wayside Youth & Family Support Network* como seu provedor de saúde comportamental. Para iniciar os serviços, por favor, revise e assine os documentos anexos:

1. Consentimento para Tratar e os Direitos do Cliente; Adicional Conhecimento/Consentimento para serviços prestados a família
2. Reconhecimento de Práticas de Privacidade e Consentimento para Gerenciar Qualidade
3. Autorização para Liberar Informações para Companhia de Seguros; Acordo das Taxas de Contrato para Serviços de Aconselhamento
4. Autorização para Obter ou Divulgar Informação Protegidas de Saúde – Medico de Cuidados Primarios  
A maioria das companhias de seguros exigem que os prestadores de saúde comportamental comuniquem e coordenem os serviços com os médicos de cuidados primários. Sua assinatura dá permissão para nos comunicarmos com o seu médico de cuidados primários. Isso é opcional, mas fortemente encorajada.
5. EOHHS escritorio do Medicaid (MassHealth): permissão para obter e compartilhar informações do documento (CANS) Necessidades e pontos fortes da criança e adolescentes como instrumento de uma Compreensiva Avaliacao (se aplicável)  
MassHealth exige o uso de pontos fortes da Criança e Adolescente (CANS) como Instrumento de uma Compreensiva avaliação e uma constante revisão do progresso em direção a metas de tratamento. Sua assinatura neste formulário dá permissão para que possamos inserir as informações de (CANS) no sistema informático MassHealth.

### **Informações gerais:**

1. Registros médicos - Todos os serviços fornecidos a você são documentados em um registro médico. Você pode solicitar para ver ou receber uma cópia do seu registro, fazendo tal pedido por escrito.
2. Consultas - Por favor, mantenha todos os compromissos agendados ou ligue para cancelar 24 horas antes se você não puder comparecer. Freqüentes "cancelamentos" podem resultar em você perder seu horário agendado regularmente.
3. Emergências – Seu médico irá aconselhá-lo sobre como acessar o sistema de plantão e outros provedores de emergência se você precisar de assistência depois do horário.
4. Queixas – Se você tiver uma reclamação sobre os serviços, você pode entrar em contato com o Diretor do Programa dos serviços em cada localidade do programa. Você também pode entrar em contato com o Diretor de gestão do Wayside (508) 879-9800, extensão 275. Faremos o nosso melhor para garantir que sua queixa seja ouvida e endereçada para sua satisfação.

## *Wayside Youth & Family Support Network*

Data efetiva: 14/04/03 (emenda 9/5/2012)

### **Aviso de Práticas Privadas**

**ESTE AVISO DESCREVE COMO INFORMAÇÕES MÉDICAS SOBRE VOCÊ PODEM SER DIVULGADAS E USADOS E COMO VOCÊ PODE OBTER ACESSO A ESTAS INFORMAÇÕES.  
POR FAVOR, VEJA-A CUIDADOSAMENTE.**

Este **Aviso de Práticas Privadas** descreve como Wayside Youth & Family Support Network pode usar e divulgar as sua Informação Médica Protegida (IMP) para realizar tratamento, pagamento ou para operações de cuidados de saúde e para outros fins que são permitidos ou exigidos por lei. Este aviso descreve também os seus direitos em relação a suas informações de saúde.

#### **Nossas responsabilidades:**

Somos obrigados por lei a proteger a privacidade de suas informações de saúde e não usar ou divulgar sem a sua permissão, exceto conforme descrito nesse aviso. Se alterarmos nossas práticas e a presente notificação, uma versão atualizada será publicada no site do Wayside [www.waysideyouth.org](http://www.waysideyouth.org) e uma cópia será disponibilizada a você mediante solicitação.

Ao longo desta notificação, nós usamos o termo IMP. IMP é a informa sobre você que pode identificá-lo e que se refere ao seu passado, presente ou futuro à saúde física ou mental e aos serviços de saúde.

#### **Como Usaremos e Divulgaremos suas Informações de Saúde**

Podemos usar e divulgar seu IMP sem sua autorização conforme descrito em geral em cada categoria listada abaixo. As categorias não descrevem todas as utilizações específicas ou quebra de sigilo de informações sobre saúde.

#### **Usos e Quebra de Sigilo que Podem ser Feitas para Tratamento, Pagamento e Sistemas de Operações**

1. **Para o Tratamento.** Podemos divulgar seu IMP entre nossos clínicos e outros profissionais que trabalham no Wayside Youth & Support Network, por exemplo em caso de conferência ou em reunião profissional. Em geral, apenas as informações necessárias para coordenar seu tratamento serão compartilhadas com outras equipes do Wayside.
2. **Para pagamento.** Podemos usar ou divulgar seu IMP para que o tratamento e serviços que você recebe sejam faturados, e o pagamento é coletado de seu plano de saúde, outros planos de saúde ou agência estadual e federal pagadoras. Essas informações podem incluir obter informações de elegibilidade, obter aprovação para serviços adicionais ou compromissos, ou cobrar serviços prestados.
3. **Para operações de cuidados de saúde.** Podemos usar e divulgar seu IMP para nossas operações de cuidados de saúde. O usos e quebra de sigilo são necessárias para que nossa organização funcione e certificar-se de que os clientes recebam cuidados de qualidade. Essas atividades podem incluir, por exemplo, revisão de utilização, as atividades de gerenciamento de qualidade, licenciamento, acreditação, formação dos estagiários e atividades administrativas gerais.
4. **Para lembrá-lo sobre seu horário de consulta.** Podemos usar sua informação para contactar você sobre seus horários de consulta.
5. **Arrecadação de dinheiro.** Podemos usar sua informação para contactar você com o propósito de arrecadar dinheiro.

#### **Outros Usos e Quebra de Sigilo que Podem ser Feitos sem sua Autorização**

1. Lei federal, estadual ou local, processos judiciais ou administrativos ou oficiais de policia: por exemplo, se você estiver envolvido em uma ação judicial ou uma disputa, podemos divulgar sua IMP em resposta a um tribunal ou ordem administrativa. Também podemos divulgar informações sobre sua saúde em resposta a uma intimação, solicitação de descoberta ou outro processo legal por alguém mais envolvido na disputa, mas somente quando necessário se os esforços têm sido feitos para informá-lo sobre a solicitação ou para obter uma ordem protegendo as informações solicitadas.

2. Food and Drug Administration (FDA): Nós podemos divulgar para o FDA sua IMP relativo a eventos adversos aos alimentos, suplementos, produto e defeitos dos produtos, ou pós-comercialização informações de vigilância para habilitar o produto, retirada, reparação ou substituição.
3. Compensação do Trabalhador: Nós podemos divulgar sua IMP na medida autorizada pela e na medida necessária para cumprir com as leis relativas à remuneração do trabalhador ou outros programas similares estabelecidos por lei.
4. Atividades de Supervisão de Saúde Pública e da Saúde: Como exigido por lei, poderemos divulgar sua IMP a saúde pública ou autoridades legais, encarregadas de impedir ou controlar doenças, lesão ou deficiência. Podemos também fornecer informações médicos legistas, médicos examinadores e diretores de funeral conforme necessário para essas pessoas desempenhar as suas funções. Podemos divulgar sua IMP a uma Agência de supervisão para atividades autorizadas por lei, incluindo auditorias e inspeções, conforme necessário para nosso licenciamento e para o governo monitorar o sistema de saúde, programas de governo e de conformidade com as leis de direitos civis.
5. Funções de Governo Específicas: Por exemplo, se você é um membro das forças armadas, podemos liberar IMP sobre você como exigido pelas autoridades do comando militar. Nós podemos também divulgar sua IMP para os funcionários federais autorizados para fins de segurança nacional, como proteger funcionários do governo e realizando atividades de inteligência ou inquéritos.
6. Associados nos Negócios: Existem alguns serviços fornecidos por ou para o Wayside através de contratos com planos de saúde, como as empresas de cobrança. Nesse caso, podemos divulgar sua IMP aos planos de saúde, nossos parceiros de negócios, para que eles possam executar seus os serviços a que foram contratados. Tanto a lei federal quanto os nossos contratos exigim que nossos parceiros de negócios protegam adequadamente a sua informação.
7. Notificação: Podemos usar ou divulgar sua IMP para notificar ou ajudar na notificação de um membro da família, representante legal ou outra pessoa responsável por seu cuidado, a sua localização e condição geral.
8. Instituição Correcional: se você for ou se tornar um preso de uma instituição correcional, podemos divulgar para a instituição ou seus agentes IMP necessária para a sua saúde e a saúde e a segurança de outros indivíduos.
9. Para Evitar uma Ameaça Grave para a Saúde ou Segurança: Nós poderemos utilizar e divulgar sua IMP quando for necessário para evitar uma ameaça grave para a saúde e a segurança ou a saúde e a segurança do público ou outra pessoa.
10. Vítimas de Abuso, Negligencia ou Violência Doméstica: Nós podemos divulgar sua IMP para um serviço social ou agência de serviços de proteção, se acreditarmos razoavelmente que você é vítima de abuso, negligência ou violência doméstica. Só vamos divulgar esse tipo de informação na medida exigida por lei, se você concordar com a divulgação, e se a divulgação é permitida por lei e acreditamos que é necessário evitar sérios danos a você ou outra pessoa, ou a aplicação da lei ou funcionário público que deve receber o relatório representar que é necessário e não serão usadas contra você.

**Antes de usar ou divulgar sua IMP para quaisquer outros fins, devemos obter sua autorização por escrito. Você pode retirar ou "revogar" uma autorização por escrito a qualquer momento. Após recebermos a sua revogação escrita, vamos parar de usar ou divulgar seu IMP, exceto na medida em que já demos ação na dependência de autorização.**

#### **Seus Direitos:**

- A. **você tem o direito de acessar sua IMP:** Você tem o direito de analisar e copiar IMP sobre você contidos em seus registros médicos e registros de faturamento, contanto que Wayside mantenha essas informações. Para olhar ou copiar sua IMP, por favor envie um pedido por escrito para o departamento de registros médicos de seu programa, ou para os escritórios administrativos do Wayside no endereço abaixo. Se você solicitar uma cópia das informações, nós podemos cobrar uma taxa para os custos das cópias, correspondência ou outras que sejam necessárias para responder ao seu pedido. Nós notificaremos os custos envolvidos e você pode optar por retirar ou alterar seu pedido nesse momento. Nós podemos negar sua solicitação em certas circunstâncias limitadas. Se a você é negado o direito de ver ou copiar sua IMP, você pode solicitar que a negação seja revista por um profissional de cuidados de saúde licenciado não diretamente envolvido na decisão inicial para negar acesso. Uma vez concluída a revisão, honramos a decisão tomada pelo revisor profissional licenciado de cuidado de saúde.

- B. Você tem o direito de alterar IMP em seu registro:** Se você achar que sua IMP é incompleto ou incorreto, você pode solicitar que seja corrigido ou a atualização (Alterar) as informações. Você pode solicitar uma alteração, contanto que nós mantenhamos sua IMP. Para solicitar uma alteração, você deve enviar um pedido por escrito para Privacy Officer. Além disso, você deve incluir as razões do seu pedido. Em certos casos, nós podemos recusar o seu pedido de alteração. Se podemos negar sua solicitação de alteração, você tem o direito de apresentar uma declaração de desacordo com a decisão e nós podemos preparar uma resposta a sua declaração, que nós forneceremos a você. Você pode solicitar que a alteração solicitada e nossa recusa seja acompanhada de todas as divulgações futuras das informações de saúde que é objeto do seu pedido. Se nós aprovarmos a alteração, trabalharemos com você para informar outros que podem precisar ser informado da alteração.
- C. Você tem o direito de solicitar uma lista das divulgações de informações:** Você tem o direito de receber uma lista dos momentos em que sua IMP foram divulgados. Para solicitar uma lista, você deve enviar seu pedido por escrito para o departamento de registros médicos. Você pode solicitar informações de até seis anos atrás, exceto solicitações feitas por divulgação eletrônica relacionadas ao tratamento, pagamentos ou sistemas operacionais, nos quais são limitados a três anos. Essas informações não irão incluir: (i) divulgações repassadas de forma não eletrônica relacionadas a tratamento, pagamento e sistemas operacionais; (ii) divulgações repassadas se você deu sua autorização escrita para repassar essas informações; (iii) divulgações repassadas para pessoas envolvidas com seu tratamento ; (iv) divulgações repassadas para você sobre sua condição de saúde; (v) divulgações repassadas com o propósito de segurança nacional ou inteligência ou para instituição correcional ou oficiais de polícia que tenham sua custódia; ou (vi) divulgações repassadas antes de 14 de Abril, 2003. Nós iremos responder seu pedido em 60 dias após recebimento.
- D. Você tem o direito de solicitar comunicações de suas informações por meios alternativos ou localizações alternativas.** Por exemplo: você pode solicitar que nós contemos-lo sobre assuntos médicos somente por escrito ou em uma residência diferente ou caixa postal. A solicitação de comunicação confidencial de sua IMP, você deve enviar por escrito ao Diretor. Seu pedido deve indicar como ou quando você gostaria de ser contactado. Nós iremos acomodar todos os pedidos razoáveis.

**Para obter mais informações ou para reportar um problema:** Se você acha que nós violamos seu direito de sigilo, ou se você discorda com as decisões feitas sobre sua IMP, você pode apresentar uma queixa no nosso Departamento de Sigilo HIPAA, descrito abaixo. Nós não iremos revidar contra você. Você pode também apresentar uma queixa por escrito junto a Secretaria do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos no endereço abaixo:

Office of Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
Government Center  
J.F. Kennedy Federal Building-Room 1875  
Boston, MA 02203  
Phone: (617) 565-1340

Nome do cliente:

Data de Nascimento:

### **Consentimento para tratar**

Eu entendo a natureza dos serviços para os quais eu ou meu filho menor ter sido submetido à *Wayside Youth & Family Support Network*. Concordo voluntariamente para receber a avaliação e serviços de tratamento para mim ou para meu filho menor e autorizar *Wayside Youth & Family Support Network* para fornecer essa avaliação e serviços de tratamento. Eu concordo em participar no planejamento do meu ou do cuidado do meu filho menor. Eu entendo que eu posso interromper os serviços de tratamento a qualquer momento. Eu li e entendo meus direitos (listados abaixo) como um cliente d *Wayside Youth & Family Support Network*.

#### **Nota dos Direitos do Cliente**

As leis gerais de Massachusetts, capítulo 111: seção 70E, codifica, na parte em questão, o direito de cada cliente:

- A. A confidencialidade de todos os registros e comunicações na medida prevista na lei.
- B. Todos os pedidos razoáveis serem respondidos rapidamente e de forma adequada;
- C. A pedido, para inspecionar um registro médico ou um resumo e receber uma cópia dos mesmos;
- D. A pedido, obter cópias de todos os registros médicos enviados para terceiros pagadores;
- E. Para obter de uma pessoa designada pela instituição uma cópia de quaisquer normas e regulamentos da instituição que se aplicam a sua conduta como um cliente.
- F. recusar-se a ser examinado, observado ou tratado por estudantes ou qualquer outra pessoa de outra instituição sem risco a acesso psiquiátrico, psicológico, ou outros cuidados e atenção;
- G. Recusar para servir como um assunto de investigação e de recusar qualquer cuidado ou análise quando o objetivo principal é educacional ou informativos em vez de terapêuticas;
- H. A pedido, para obter uma explicação sobre como para a relação, se houver, de facilitar de qualquer outra instituição de cuidados de saúde na medida em que a referida relação diz respeito a sua assistência ou tratamento;
- I. A pedido, de uma pessoa designada pela instituição, todas as informações que o recurso tem disponível relativo à assistência financeira e de cuidados de saúde gratuitos;
- J. A pedido, fazer acomodações razoáveis na prestação dos serviços do programa para deficientes.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Assinatura do cliente (opcional se menores)

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Assinatura dos Pais/Tutor/ Representante Legal(necessário para um menor)

### **Consentimento para Serviços baseados em família/Reconhecimento adicional**

Eu entendo que minha família foi submetida à serviços baseados para família por uma agência externa. Dou permissão para *Wayside Youth & Family Support Network* dar informações e receber informações da Agência de origem e/ou financiamento de referência sobre nossa participação nos serviços baseados em família .

Quando os serviços forem concluídos, eu entendo que um resumo da quitação será escrito que 1) analisa os progressos conseguidos em objectivos identificados, 2) resume tratamento e 3) oferece recomendações. Se eu for submetida para este serviço por DCF ou DMH, uma cópia do presente resumo da quitação será enviada para a pessoa da Agência que trabalha no meu caso. Eu entendo que eu posso solicitar uma cópia do presente resumo de quitação por escrito.

Dou permissão para a Pessoa que Tabalha com minha Família, para transportar minha família, no seu carro, eu e meu filho(a). Dou permissão para a pessoa que trabalha com minha família para transportar meu filho (a) sem eu estar presente desde que a pessoa que trabalha com minha família me notifique antecipadamente que ele/ela esteja pensando em transportar meu filho (a).

Compreendo também que se chegar a uma situação em que a segurança física de um membro da família ou a pessoa que trabalha com a família está em risco — definido como reais ou percebidas ameaças de violência física — a pessoa que trabalha com a família pode precisar obter assistência externa. Tal assistência provavelmente será por meio de chamadas para a polícia ou 911.

Compreendo que, desde que a pessoa que trabalha com a família está fornecendo um serviço em minha casa, eu preciso garantir que meu ambiente doméstico é saudável e seguro. Concordo para informar a pessoa da equipe se eu estou ciente das armas de fogo em casa. Eu também concordo manter meus animais de estimação em um local seguro, enquanto a pessoa que trabalha com a família está presente. Se eu sou um fumante, concordo que me abster de fumar enquanto o trabalhador estiver presente, a menos que ele/ela e eu tenha um acordo explícito de outra forma. Também concordo que se eu, ou outro membro da minha casa, tornam-se fisicamente doente com uma doença potencialmente transmissível, entrarei em contato com a pessoa que trabalha com minha família em, antes de um compromisso agendado para discutir se é indicado a mudança de horário.

### **Consentimento**

Eu concordo em receber a avaliação, cuidado, tratamento ou serviços e autorizar o conselheiro que fornece tais cuidados, tratamento ou serviços como for considerado necessário e oportuno. Compreendo e concordo que participo no planejamento dos meus cuidados, tratamento ou serviços, e que eu posso parar tais cuidados a qualquer momento. Me oferecida a oportunidade para eu fazer perguntas e pedir esclarecimentos de qualquer dúvida que eu venha a ter.

\_\_\_\_\_

Cliente

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Pais/Tutor

\_\_\_\_\_

Data

Testemunhado pelo (a):

\_\_\_\_\_

Conselheiro/Provedor de Servicos

\_\_\_\_\_

Data

Nome do cliente:

Data de Nascimento:

### **Aviso de Práticas Privadas**

Eu li e compreendo o Aviso de Práticas Privadas. Eu fui capaz de fazer perguntas sobre como *Wayside Youth & Family Support Network* podem usar e divulgar minha Informação Médicas Protegidas para realizar operações de tratamento, pagamento ou cuidados de saúde e para outros fins que são permitidos ou exigidos por lei. Eu também li e entendo meus direitos em relação a meu IMP.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Assinatura do cliente (opcional se menores)

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Assinatura dos Pais/ representante Legal/Tutor (necessário para um menor)

### **Consentimento de gerenciamento de qualidade**

*Wayside Youth & da juventude & Family Support Network* mantém um forte compromisso de servir os nossos clientes com êxito. É importante para nós sabermos que nossos serviços estão atendendo as necessidades dos jovens e famílias que servimos. Estamos pedindo permissão para contactá-lo seguindo seus serviços de tratamento para saber mais sobre você e o bem-estar de sua família e como você sentiu sobre os serviços que você recebeu. As informações que recebermos serão usadas para nos ajudar a avaliar e melhorar nossos serviços.

Dou permissão à *Wayside Youth & Family Support Network* entrar em contato comigo após o final dos meus serviços de tratamento a fazer perguntas sobre como meu filho (a) e a família estão e como me senti sobre os serviços por nós recebidos.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Assinatura do cliente (opcional se menores)

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Assinatura dos Pais/Representante Legal/Tutor(necessário para um menor)

Nome do cliente:

Data de Nascimento do Cliente:

### **Autorização para Divulgar Informações para Companhia de Seguros**

*Wayside Youth & Family Support Network, Inc.* envia faturas às transportadoras de seguros em seu nome ou seu filho (a) menor com sua autorização assinada.

Autorizo a *Wayside Youth & Family Support Network, Inc.* para liberar diagnóstico 1) médico e/ou psiquiátrico, 2) datas de tratamento e informações clínicas 3) relevantes para estabelecer necessidade médica para tratamento para minha companhia de seguros/terceiros pagadores para efeitos de reembolso financeiro e da autorização das sessões de tratamento.

\_\_\_\_\_ Data:  
Assinatura do cliente (opcional se menores)

\_\_\_\_\_ Data:  
Assinatura dos Pais/Representante Legal/Tutor (necessário para um menor)

### **Taxa de Acordo para Serviços de Aconselhamento**

Reconheço que é minha responsabilidade pagar por todos os serviços prestados pelo *Wayside Youth & Family Support Network, Inc.* prestado para meu filho(a) menor ou a mim que não estejam cobertos por minha operadora de seguros. Além disso, reconhecer e compreender o seguinte:

1. Franquias e co-pagamentos são devidos no momento de cada visita. Eu sou responsável para saber a quantidade correta de meus pagamentos e dedutível. Minha quantidade de pagamento pode mudar dependendo dos meus benefícios. Co-pagamentos podem ser feitas em dinheiro, cheque, ou cartão de crédito
2. *Wayside Youth & Family Support Network, Inc.* vai cobrar-me pelo co-seguro, serviços não abrangidos e quaisquer alterações de co-pagamentos com base na explicação dos benefícios da minha operadora de seguros.
3. Como representante legal/tutor/pai de um filho menor, eu também devo acompanhar meu filho para o check-in em cada visita ou fazer arranjo para taxas serem trazidas a cada visita. Se meu filho menor é visto para serviços em um local diferente do centro de aconselhamento do escritório (tais como a escola), eu sou responsável por pagar imediatamente qualquer montante faturado.
4. Se eu não pagar, o tratamento para mim ou para meu filho menor pode ser suspenso.
5. Eu sou responsável por notificar o centro de aconselhamento da recepção de quaisquer alterações no meu seguro, número de telefone ou endereço. **Eu sou responsável por quaisquer encargos que possam ocorrer devido a alterações na cobertura de seguro.**

Eu entendo que, se eu tiver dúvidas sobre minha cobertura de seguro ou conta, posso contatar Ana Currais, diretora de faturamento, (508) 620-0010 extensao. 139.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Assinatura do cliente (opcional se menores)

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Assinatura dos Pais/Tutor/Representante Legal (necessário para um menor) 