



Hope Performance Systems LLC

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL CLIENTE

1. El derecho a que se respete su dignidad personal, privacidad y libertad de elección.
2. El derecho a servicios que promuevan su libertad de elección tanto como sea posible.
3. El derecho a conocer todo sobre su condición, los planes de tratamiento actuales o propuestos y los tratamientos alternativos.
4. El derecho a aceptar o rechazar servicios después de una explicación completa de las consecuencias de su elección. Un padre o tutor legal puede hacer esta elección para un menor.
5. El derecho a que su tratamiento sea guiado por un plan de servicio personalizado y por escrito para adaptarse a sus necesidades específicas de salud mental, salud física, sociales y económicas, y que muestra que recibirá los servicios adecuados para satisfacer esas necesidades aquí o por remisión.
6. El derecho a no usar medicamentos innecesarios o excesivos.
7. El derecho a conocer y rechazar la observación mediante espejos unidireccionales, grabadoras de cinta, video, o fotografías.
8. El derecho a obtener una segunda opinión o asesoramiento legal de fuentes externas, por su cuenta.
9. El derecho a la confidencialidad y privacidad con respecto a su tratamiento de acuerdo con las leyes estatales y federales. Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener más detalles.
10. El derecho a recibir una explicación si se niegan los servicios y el derecho a participar en la planificación de las consecuencias de la terminación del servicio.
11. El derecho a no ser discriminado para recibir servicios por motivos de religión, raza, color, credo, sexo, nacionalidad, edad, estilo de vida, identidad de género, orientación sexual, discapacidad física o mental, discapacidad del desarrollo o incapacidad para pagar.
12. El derecho a saber cuánto cuestan nuestros servicios.
13. El derecho a presentar una queja. Esperamos que primero discuta la situación con su proveedor de servicios. Cuando la conversación con su proveedor de servicios no resuelva los problemas, pida hablar con su supervisor. La queja será investigada, y recibirá una respuesta escrita dentro de 10 días. Si cree que aún no ha recibido una solución satisfactoria, tiene derecho a presentar un reclamo por escrito a la administración. Recibirá una respuesta por escrito en 30 días.

RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

1. Usted es responsable de proporcionar información precisa sobre sus problemas actuales y enfermedades pasadas.
2. Usted es responsable de seguir su tratamiento o plan de servicio. Si no entiende su plan, debe hablar con su asistente social o terapeuta.
3. Usted es responsable de informar cambios inesperados en su condición a su proveedor.
4. Usted es responsable de sus acciones si no sigue las instrucciones de su proveedor o rechaza el tratamiento.



5. Usted es responsable de cumplir con sus citas y, cuando no pueda hacerlo, notifique a su proveedor con 24 horas de anticipación.

6. Debe asegurarse de que se cumplan las obligaciones financieras de su atención médica y que cualquier cambio en su seguro se informe de inmediato si corresponde.

7. Debe seguir estas pautas o la agencia se reserva el derecho de rechazar los servicios:

- No está permitido traer ningún tipo de arma a la agencia.
- No se le permite usar o traer drogas ilegales o alcohol a la agencia.
- No estar bajo la influencia de drogas ilegales o alcohol durante la prestación del servicio.

Al firmar a continuación, estoy indicando que he leído y entendido mis derechos y responsabilidades como cliente en Hope Performance Systems LLC. Un miembro del personal ha respondido cualquiera de mis preguntas y me ha explicado mis derechos de una manera que puedo entender. Además, al firmar a continuación, estoy indicando que me han ofrecido una declaración de Aviso de prácticas de privacidad.

_____ Nombre del Cliente	_____ Firma del Cliente o Representante Legal	_____ Fecha
_____ Nombre del Representante de la Agencia	_____ Firma del Representante Agencia	_____ Fecha

Nota: Si no hay una firma en este formulario, el proveedor de Hope Performance Systems LLC deberá indicar lo siguiente (marque uno):

- El cliente es físicamente incapaz de firmar este formulario.
- El cliente no puede entender este formulario debido a una discapacidad mental.