

## PROGRAMA DE CONSEJERIA

### DERECHOS DEL PACIENTE

1. El derecho de recibir servicios de consejería sin discriminación de género, estado económico, educación, raza, color, religión, origen nacional, discapacidad, orientación sexual o estatus marital.
2. El derecho de recibir servicios en un lugar seguro, libre de abuso mental, físico, sexual, o verbal y negligencia, explotación o acoso por otros pacientes de Camino Health Center o el personal de Camino Health Center.
3. El derecho a confidencialidad de toda comunicación y archivos pertinentes a su tratamiento. Ningún archivo o información será compartida con otra agencia sin su consentimiento por escrito. Por favor vea la forma 'Consentimiento para Recibir Servicios de Consejería' para una lista de excepciones de esta póliza. Usted recibirá por separado el "Informe de Normas de Confidencialidad" lo cual explica sus derechos de confidencialidad más en detalle y cómo podríamos usar y revelar su información de salud protegida.
4. El derecho de recibir información acerca del estado de su salud mental, diagnóstico, pronosis, curso de tratamiento en términos que usted pueda comprender. Tiene el derecho de comunicación efectiva y de participar en el desarrollo e implementación de su plan de tratamiento.
5. El derecho a terminar su participación de servicios de consejería. Le pedimos que hable de su decisión con su consejero/a. Tiene el derecho de saber porque su consejero/a termine sus sesiones de consejería con usted.
6. El derecho de presentar una queja o agravio concerniente a su tratamiento. Quejas pueden ser enviadas por escrito al Oficial de Confidencialidad, a Camino Health Center, 30300 Camino Capistrano San Juan Capistrano, CA 92675.

### RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

1. Asistir a sesiones de consejería consistentemente y puntualmente. Si llega tarde frecuentemente o falta a sus citas, reservamos el derecho de cerrar su caso y proveerle una lista de recursos. En el evento que usted no puede llegar a su cita, es su responsabilidad notificarnos lo más pronto posible. Pedimos una notificación por lo menos 24 horas de anticipación si no puede llegar a su cita, al menos que tenga una emergencia imprevista.
2. Es su responsabilidad proveer información correcta y completa acerca de sus síntomas presentes, historial, y otra información pertinente a lo mejor de su conocimiento.
3. Participar con su consejero/a en establecer los resultados para los cambios que desea. Para participar en las intervenciones que servirán en lograr esos resultados.
4. Ser considerados de los derechos de otros pacientes de Camino Health Center y de los derechos del personal de Camino Health Center (Vea Derechos de Clientes #2).

Al firmar este documento, yo reconozco que he leído la información de arriba y comprendo mis derechos y responsabilidades.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_